

مركز البحوث

تقييم الأطباء لخدمات الرعاية الصحية الأولية في المملكة العربية السعودية

إعداد:
د. حنان بنت عبد الرحيم الأحمدي

بسم الله الرحمن الرحيم



مركز البحوث

تقييم الأطباء لخدمات الرعاية الصحية الأولية فى المملكة العربية السعودية

إعداد

د. حنان بنت عبدالرحيم الأحمدي

١٤٢٨هـ - ٢٠٠٧م

بطاقة الفهرسة

ⓗ معهد الإدارة العامة، ١٤٢٨هـ.

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر.

الأحمدي، حنان عبدالرحيم.

تقييم الأطباء لخدمات الرعاية الصحية الأولية في المملكة / حنان بنت عبدالرحيم الأحمدي - الرياض، ١٤٢٨هـ.

١٤٤ ص؛ ١٧ × ٢٤ سم.

ردمك: ٥ - ١٥٣ - ١٤ - ٩٩٦٠

١ - الخدمات الصحية - السعودية

٢- العناية الصحية - السعودية

أ - العنوان

ديوي ٣٦٢,١٠٦٨   ١٤٢٨/٩١١

رقم الإيداع: ١٤٢٨/٩١١

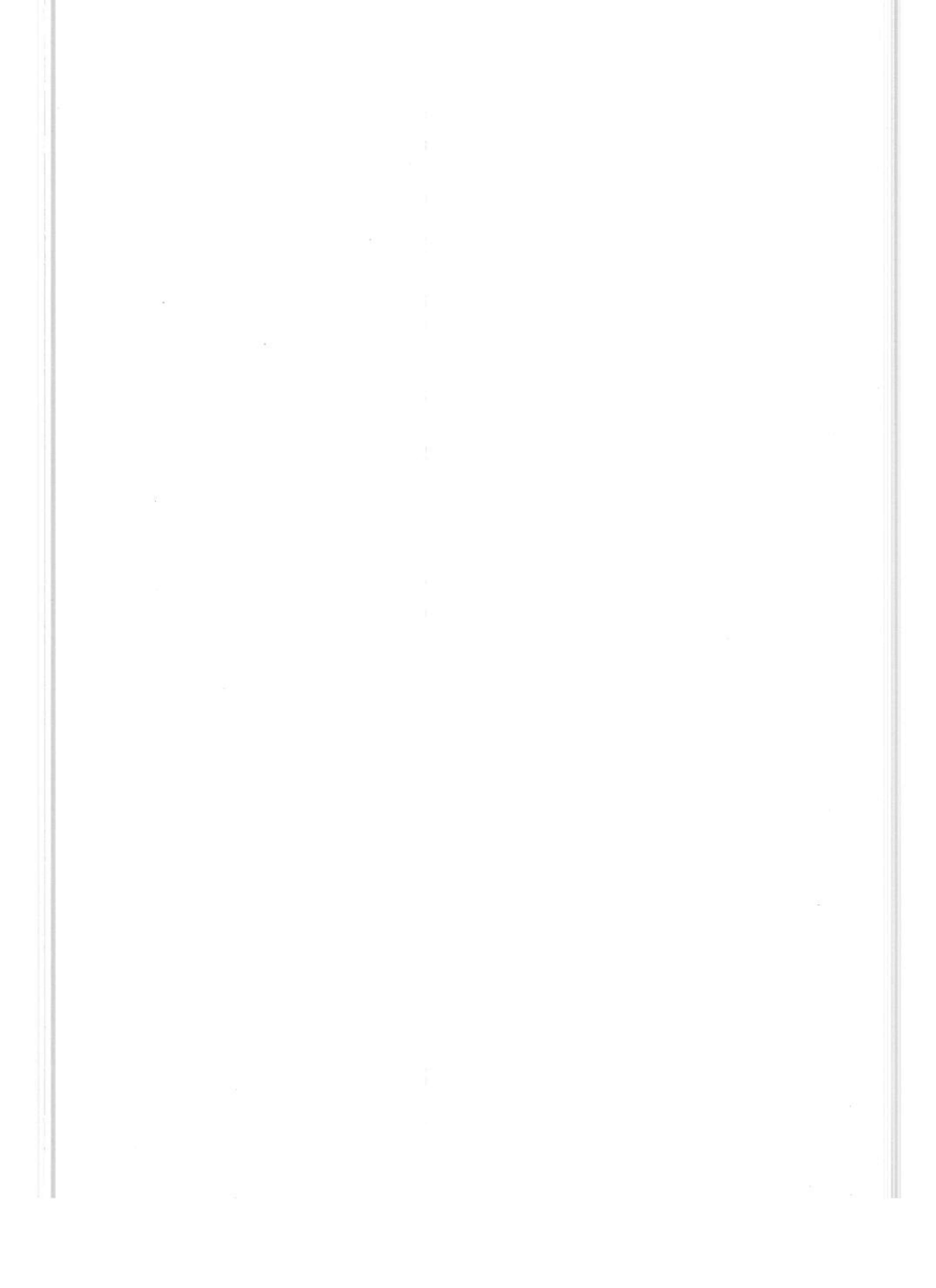
ردمك: ٥ - ١٥٣ - ١٤ - ٩٩٦٠

قائمة المحتويات

الموضـــــوع	رقم الصحفة

قائمة الجداول

قائمة الأشكال



مستخلص الدراسة:

هدف الدراسة:

سـعت الدراسة إلى تقييم خدمات الرعاية الصحية الأولية من وجهة نظر الأطباء العاملين فى المراكز الصحية فى مناطق المملكة العربية السعودية المختلفة.

منهجية الدراسة:

اتبعت الدراسة المنهج المسحى باستخدام استبانة تضم مجموعة من المؤشرات التى تقيـس مدخلات وعمليات ومخرجات الرعاية الصحية الأولية، وبلغت عينة الدراسـة (٣٧٧) طبيبـاً يعملون فى مراكز الرعاية الصحية الأولية فى خمس مناطق فى المملكة العربية السعودية.

نتائج الدراسة:

جاء تقيييم الأطباء عاليـاً لمردود الرعاية الصحية الأولية، فى حين تدنى تقييمهم للبنية التحتية والموارد المتوافرة فى هذا القطاع، كما كان تقييم الأنشـطة الطبية أعلى من الجوانب الفنية، فى حين حظيت الأنشطة الإدارية بأقل درجات التقييم. وأظهرت الدراسة أن العمليات تؤثر بشكل أكبر فى مردود الرعاية الصحية الأولية من المدخلات أو الموارد المتوافرة.

الخلاصة:

بنـاء على نتائج الدراسـة؛ تم تقديم العديد مـن التوصيات الداعيـة إلى تفعيل إسـتراتيجيات تنمية الموارد البشـرية، والتركيز على أنظمة الجودة، وإعادة النظر فى السياسات العامة فى هذا القطاع، والاهتمام بالبحوث والدراسات فى هذا المجال.

مقدمة:

تمثل الرعاية الصحية الأولية محور النظام الصحى فى المملكة العربية السعودية باعتبارها إحدى الدول المشاركة فى صياغة إعلان ألما آتا الصادر عن الجمعية العمومية لمنظمة الصحة العالمية فى اجتماعها المنعقد عام ١٩٧٨م فى مدينة ألما آتا الروسية، وقد دعى إلى اعتماد الرعاية الصحية الأولية بوصفها وسيلة لتحقيق هدف "الصحة للجميع بحلول العام ٢٠٠٠م".

منذ ذلك الحين حرصت المملكة على تطبيق ودعم رسالة الرعاية الصحية الأولية وتضمينها خطة التنمية الخمسية الرابعة (١٤٠٥-١٤١٠هـ) وجميع خططها التالية إلى أن أصبحت الرعاية الصحية الأولية اليوم إحدى الركائز الأساسية للنظام الصحى فى المملكة. وتهدف الرعاية الصحية الأولية إلى مواجهة المشكلات الصحية الأساسية فى المجتمع من خلال تقديم الخدمات التوعوية والوقائية والعلاجية والتأهيلية اللازمة لذلك. ونظراً لتزايد الطلب على الخدمات الصحية خلال العقدين الماضيين مع الزيادة المطردة للسكان؛ تبرز أهمية الرعاية الصحية الأولية فى منظومة الخدمات الصحية بالمملكة باعتبارها الوسيلة الفضلى لتوفير الرعاية الصحية لأكبر شريحة من أفراد المجتمع.

وبالنظر إلى التوجهات القائمة فى المملكة نحو تخصيص القطاع الصحى، وتطبيق أنظمة الضمان والتأمين الصحى، والاهتمام المتزايد بترشيد استخدام المرافق الصحية، والقلق حول الارتفاع المستمر لتكاليف الخدمات الصحية - فقد تزايد الاهتمام بالرعاية الصحية الأولية لتقوم بدور فاعل فى توفير الرعاية الصحية الأساسية لأفراد المجتمع بأقل تكلفة ممكنة.

وعلى الرغم من الدور الذى يعول على هذا القطاع فى تحقيق الأهداف الصحية فى المملكة، والجهود الحثيثة لتطويره، إلا أن معظم الدلائل والدراسات تشير إلى أنه لا يزال بعيداً عن تحقيق تطلعات القائمين عليه والمجتمع بشكل عام، وأن دور الرعاية الصحية الأولية فى منظومة الرعاية الصحية فى المملكة ينحسر لتدنى مستويات الأداء فيه. لذلك، لن تتحقق فعالية الرعاية الصحية الأولية بوصفها حلاً لمشكلات الأنظمة الصحية إلا بتجديد الاهتمام بهذا القطاع، وتطوير أدائه وتعزيز إمكاناته وتحديث الآليات التى يعمل بها.

لذا، قامت هذه الدراسة من خلال مراجعة الأدبيات ذات العلاقة بوضع إطار لتقييم أداء مراكز الرعاية الصحية الأولية فى المملكة العربية السعودية، ومن ثم استخدام هذا الإطار فى تقييم هذه الخدمات من وجهة نظر الأطباء العاملين فى عينة مختارة من المراكز الصحية فى خمس مناطق فى المملكة العربية السعودية. وبناء على نتائج الدراسة؛ تم التوصل إلى مجموعة من التوصيات المقترحة؛ للتغلب على مواطن الضعف والاستفادة من فرص التحسين.

الفصل الأول
تمهيد

مشكلة الدراسة:

تعـد الرعاية الصحية الأولية بوابة للنظام الصحى فى المملكة العربية السـعودية، وهى تقـوم بدور مهم فى تعزيز الصحة العامة وتنمية الوعى الصحى ورفع المسـتوى الصحـى لجميـع فئات المجتمـع. ونظراً للاهتمـام المتزايد بقياس وتحسـين جودة الخدمـات الصحية، وكفاءتها وفعاليتها فى تحقيق الأهـداف الموضوعة، وإذ انقضى أكثـر من ربع قرن على نشـأة وانطلاقة الرعاية الصحيـة الأولية فى المملكة – فإن الوقت يعد ملائماً لتقييم مسيرة المملكة فى هذا المجال، والتعرف على فرص التحسين الممكنة فيه.

سـعى العديد من الباحثين إلى تقييم خدمات الرعاية الصحية الأولية فى المملكة، إلا أن معظم الدراسات السـابقة اعتمدت على استقصاء آراء المستفيدين (المرضى)؛ لذلـك فإنه مـن الأهمية بمكان تقييم هذه الخدمات من وجهـة نظر مقدمى الرعاية وخاصـة الأطباء. ونظراً لموقعهم فى قمة الهرم الطبى؛ فإن الأطباء يصنعون قرارات الرعايـة غالبـاً، ويقومون بتحديد الـدور الذى تقوم به الفئـات الأخرى من العاملين فى المرافق الصحية، ويتحكمون فى اسـتخدام المـوارد الصحية. وفى قطاع الرعاية الصحية الأولية فى المملكة العربية السـعودية يبـرز دور الأطباء بوصفه محور تقديم الرعايـة واتخاذ القرار، وتـزداد هيمنتهم المهنية على جوانب العمل المختلفة بسـبب قصور دور وتأهيل الفئات الصحية المسـاندة. لذلك فـإن أية محاولة جديدة لتقييم خدمـات الرعاية الصحية الأولية فى المملكـة لا بد أن يكون محورها الأطباء للتوصل إلى نتائج يمكن الاسـتناد إليها فى تحديد أوجه الخلل وفرص التحسـين والتوجهات المستقبلية لهذا القطاع.

من هذا المنطلق، تسـعى هذه الدراسـة إلى تحديد مؤشرات أداء خدمات الرعاية الصحية الأولية فى المملكة العربية السـعودية، ومن ثم تقييم هذه الخدمات من وجهة نظر الأطباء العاملين فى هذا المجال، وتحديد مواطن الضعف وفرص التحسين فيه.

أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

١- تحديد مؤشرات أداء خدمات الرعاية الصحية الأولية فى المملكة العربية السعودية، وإيجاد نموذج لقياس أداء هذه الخدمات من منظور مقدمى الخدمة.

٢- قيــاس أداء خدمــات الرعاية الصحية الأولية فى المملكــة من وجهة نظر الأطباء العاملين فى هذا المجال.

٣- مقارنــة النتائج التى يتم التوصل إليها فى هذه الدراســة بما ورد فى الدراســات الســابقة، بالتركيز على الدراســات التى اقتصرت على تقييــم خدمات الرعاية الأولية من وجهة نظر المستفيدين (المرضى).

٤- تحديــد أوجه قصور وفرص تحســين خدمات الرعاية الصحيــة الأولية، واقتراح التوصيات المناسبة فى هذا الإطار.

أسئلة الدراسة:

١- ما هو تقييم الأطباء العاملين للبنية التحتية وموارد الرعاية الصحية الأولية؟

٢- مــا هو تقييم الأطباء للأنشــطة والإجراءات الفنية والطبيــة والإدارية فى مراكز الرعاية لصحية الأولية؟

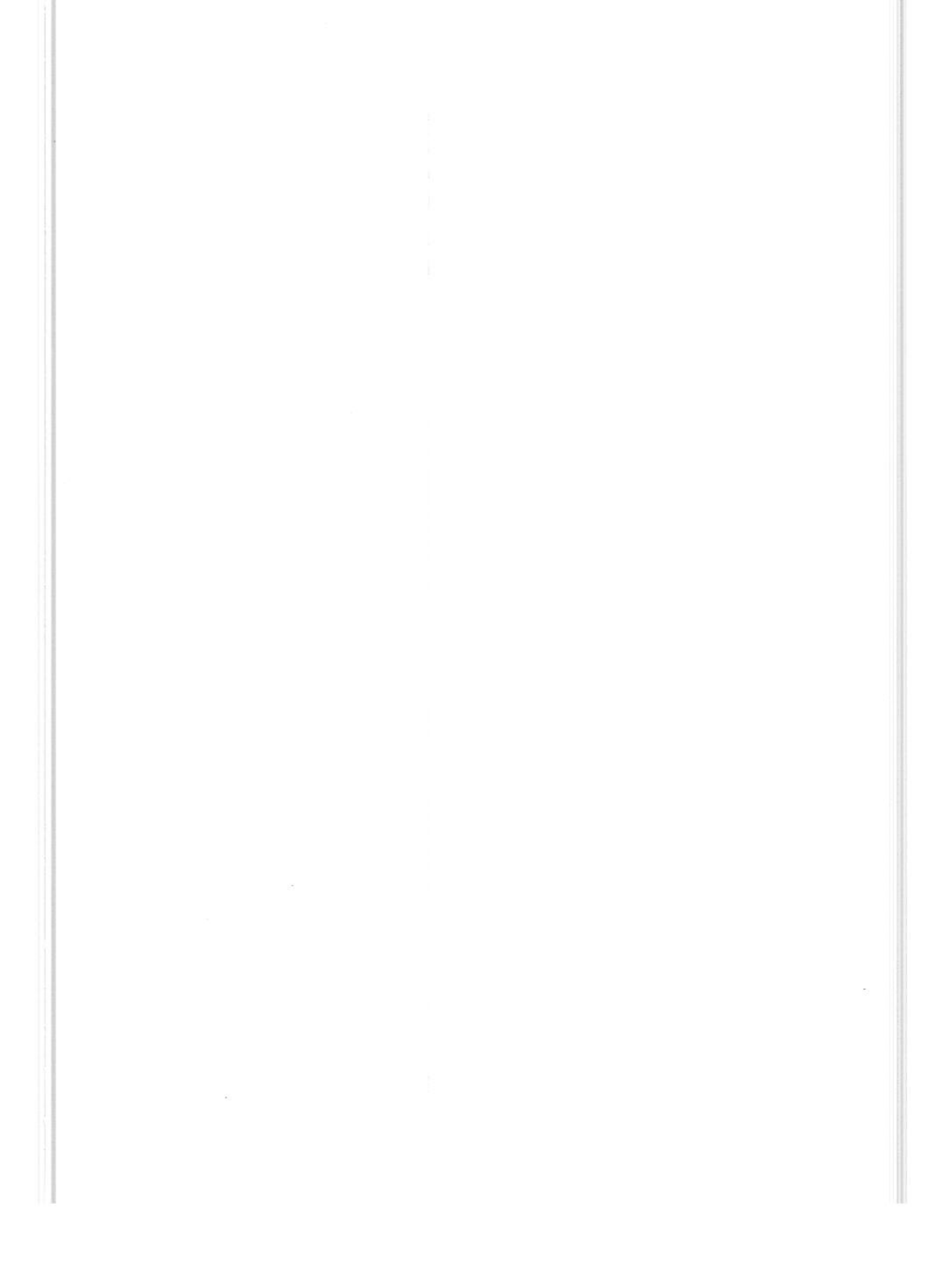
٣- ما هو تقييم الأطباء لمردود الرعاية الصحية الأولية؟

٤- ما هى أهم محددات مردود الرعاية الصحية الأولية؟

أهمية الدراسة:

إن موضــوع جودة الرعاية الصحية فى الوقت الراهــن هو محور اهتمام القائمين علــى الخدمات الصحية فى المملكة والأكاديميين وجميــع فئات المجتمع، وخاصة فى ظــل التغييــرات التى يخضع لها القطــاع الصحى اليوم بهدف تحســين جودة وكفاءة هــذه الخدمات وتحقيق الأهداف المرجوة منهــا. والرعاية الصحية الأولية باعتبارها إحدى الركائز الأساســية للنظام الصحى فى المملكــة التى يعول عليها الكثير لتحقيق تغطية صحية شــاملة تسهم فى رفع المســتوى الصحى لأفراد المجتمع - هى من أكثر القطاعات الصحية حاجة للبحث والدراســة، للتعرف على مدى إســهامها فى تحقيق

تطلعـــات المجتمع وتذليل العقبات التى تحول دون ذلـــك وكيفية التغلب عليها. ونظراً لشـــح الدراســـات المتوافرة حول أداء هذا القطاع الحيوى، وتركيـــز المتوافر منها على جوانب معينة كرضاء المستفيدين؛ فإن الحاجة تبقى قائمة لإجراء المزيد من الدراسات التى تهدف إلى إضفاء المزيد من الضوء حول هذا الموضوع، بما يساعد القائمين على الخدمات الصحية فى المملكة على النهوض بهذه الخدمات وتحقيق أهدافها.



الفصل الثانى
الإطار النظرى ومراجعة الأدبيات

أولاً- الإطار النظرى:

الرعاية الصحية الأولية:

قـررت الجمعيـة العمومية لمنظمة الصحـة العالمية فى العـام ١٩٧٧م ضرورة أن تسـعى جميع الدول ومنظمة الصحة العالمية إلى تحقيق هدف "الصحة للجميع بحلول العام ٢٠٠٠م"، ويتضمن ذلك أن يتمتع جميع سـكان العالم بمستوى صحى يسمح لهم بممارسـة حياة اجتماعية واقتصادية منتجة (WHO, 1978). وفى اجتماع الجمعية العموميـة لمنظمة الصحة العالمية فى مدينة ألما آتا فى مايو ١٩٧٩م؛ تم إصدار إعلان ألمـا آتا المعروف، وهـو يحدد أن الرعاية الصحية الأولية هـى الطريق لتحقيق هدف الصحة للجميع بحلول العام ٢٠٠٠م (WHO, 1978).

تعرف الرعاية الصحية الأولية بأنها الرعاية الصحية الأساسـية التى تقدم بشكل واسع لأفراد المجتمع، من خلال وسائل عملية سليمة علمياً، ومقبولة اجتماعياً وميسرة لجميع الأفراد والأسـر فى المجتمع، ومن خلال مشـاركتهم التامة وبتكلفة يسـتطيع المجتمـع والدولة تحملها فـى كل مرحلة من مراحـل التنمية، وبـروح الاعتماد على النفس وحريـة الإرادة، وهى تمثل جزءاً لا يتجزأ من النظام الصحى للدولة ككل التى هى نواته ومحـوره الرئيس، ومن التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشـاملة للمجتمع (WHO,1978). وتمثـل الرعايـة الصحيـة الأولية المسـتوى الأول لاتصال الأفراد والأسـرة والمجتمع بالنظام الصحى الوطنى، وهى تقـرب الرعاية الصحية إلى حيث يعيش الناس ويعملون، وتشـكل العنصـر الأول فى عملية متصلة من الرعاية الصحية (WHO,1978).

ويعـرف معهد الطـب الأمريكـى (Institute of Medicine) الرعاية الصحية الأولية بأنها: "تقديم خدمات رعاية صحية متكاملة ومترابطة سهلة المنال، من قبل أطباء مسئولين عن الأغلبية العظمى من الاحتياجات الصحية الشائعة، ومن خلال بناء علاقات شـراكة مسـتدامة مع المرضى، والممارسة فى إطار الأسرة والمجتمع" (IOM, 1996).

كما يتضح من هذا التعريف، أن أهم مقومات الرعاية الصحية الأولية هى ســهولة الحصول على الخدمة، والاستمرارية، والتنسيق والتكامل، والتفاعل الإنسانى، والرعاية المتكاملة.

تهــدف الرعاية الصحية الأولية إلى مواجهة المشــكلات الصحية الأساســية فى المجتمــع من خلال تقديم الخدمات التوعويــة والوقائية والعلاجية والتأهيلية اللازمة لذلــك. ولأن هذه الخدمات تصمم أخذاً فى الاعتبــار الأوضاع الاقتصادية للمجتمع والقيم الاجتماعية الســائدة، فهى لذلك تختلف من دولــة لأخرى ومن مجتمع لآخر، ولكنها فى أساســها تشــتمل على العناصر التالية: التوعية الغذائية وســلامة موارد الغذاء، وسلامة وصحة البيئة، وخدمات الأمومة والطفولة، والتحصين ضد الأمراض المعدية المهمة، والوقاية من الأمراض الوبائية المحلية وعلاجها، والتثقيف الصحى حول المشــكلات الصحية الشــائعة وكيفية الوقاية منها، وتقديم العلاج المناسب للأمراض الشائعة.

جودة الرعاية الصحية الأولية:

تعرف منظمة الصحة العالمية الجــودة بأنها" التوافق مع المعايير والأداء الصحيح، بطريقــة آمنــة مقبولة من المجتمع، وبتكلفــة مقبولة، بحيث تؤدى إلــى إحداث تأثير على معدلات المراضة (الإصابة بالأمراض) ونســبة الوفيات والإعاقة وســوء التغذية. (منظمة الصحة العالمية، ١٩٧٨م).

ويشــير (Donabedian, 1988: 1744) إلــى أن لجودة الرعاية الصحية محورين: فنى وإنســانى، يتضمن المحــور الفنى تطبيــق العلم والتقنية الطبيــة الصحيحة فى التشــخيص والعلاج، فى حين يتضمن المحور الإنســانى تلبية الاحتياجات الإنســانية للمريــض كالتعاطــف والاحترام وتقــديم المعلومات اللازمة، ويمثل المحور الإنســانى الوســيلة التى يتم من خلالها تحقيــق الجودة الفنية والتقنيــة للرعاية؛ لذا فهو على الدرجة نفســها من الأهمية. وتم غالباً قياس المحور الإنسانى من خلال التعرف على مجريات المقابلة بين المريض والطبيب، أو ما يعرف بالاستشارة الطبية.

ووفقــاً للمنظــور التقليدى فإن جــودة الرعاية الصحيــة تعنى مطابقــة المعايير والمواصفات المهنيــة. حيث تعرف الرعاية الطبية الجيدة بأنها "هى تلك التى تمارس وتــدرَس مــن قبل قادة مهنة الطب فــى فترة معينة من التطــور الاجتماعى والثقافى والمهنى فى مجتمع معين" (De Geyndt, 1995: 2).

ويعــرف معهد الطــب الأمريكــى (The Institute of Medicine) جــودة الرعاية الصحيــة بأنها "درجة تحقيق النتائج المرجوة من الرعايــة المقدمة للأفراد والمجتمع، ومدى توافقها مع المعرفة المهنية الراهنة" (McGlynn,1997). ويشــير هذا التعريف إلــى أن جودة الأداء تتحقق عند مطابقــة التوقعات، وأنها يمكن أن تقاس من منظور الأفراد أو المجتمع ككل، وأن الدلائل العلمية والمعرفة المهنية الراهنة هى الأساس الذى يتم وفقاً له تحديد معايير الأداء، وفى غياب هذه الدلائل فإن المعايير المهنية المتعارف عليها تمثل الأساس الذى يحدد الجودة.

ويتضح من التعريفات السابقة صعوبة تحديد تعريف بسيط ومباشر لجودة الرعاية الصحية، ومن ثم فإن عملية قياس الجودة على درجة من التعقيد والصعوبة؛ نظراً لتعدد الأطراف المعنية بالرعاية الصحية، وتعدد مستويات الرعاية وفئات المستفيدين منها.

قياس جودة الرعاية الصحية الأولية:

علــى الرغم من الاهتمــام الكبير بقياس الأداء فى مجــال الرعاية الصحية عامةً والرعايــة الصحيــة الأولية خاصة، إلا أنــه من أهم التحديات التــى تواجه الباحثين فــى هذا المجال هو تحديد الطريقة الأكثر ملاءمة للقياس وتحديد مؤشــرات الأداء. وتعرف مؤشرات الأداء (Performance Indicators) بأنها أدوات لقياس جوانب جودة الرعاية الصحية المختلفة (Sheldon,1998).

برز اســتخدام مؤشــرات الأداء بكثرة لقياس جودة الرعاية الصحية فى الولايات المتحدة وغيرها من الدول التى تعتمد على القطاع الخاص فى تقديم الرعاية الصحية؛ نظراً للاعتماد على هذه المؤشــرات لتســويق الخدمات الصحية، واســتقطاب المزيد من العملاء. وتســتخدم مؤشرات الأداء بدرجة أقل بكثير فى الدول التى تعتمد على القطاع الحكومى فــى تقديم الخدمات الصحية؛ نظراً لقصور أنظمة المعلومات فيها، ولاختــلاف مصادر التمويل، ومن ثم ضعف الحافــز لقياس الأداء (Sheldon,1998). بدأ هذا الأمر فى التغيير فى الســنوات القليلة الماضية فى الكثير من الدول؛ ليعكس تزايد المطالبة والاهتمام بأداء المنظمات الحكومية خاصة المنظمات الصحية.

توجــد العديــد من المداخــل لتقييم جودة الرعايــة الصحية، لعــل أبرزها ثلاثية دونابيديــان: المدخلات أو العوامــل الهيكليــة (Structure)، والعمليات (Process)، والمخرجــات (Outcome). ويصــف (Marwick et al., 1992) التقييــم وفقــاً لهذا النموذج كما هو مبين فى الشكل رقم (١).

الشكل رقم (١)

ثلاثية دونابيديان لتقييم الرعاية الصحية

تقييم المدخلات	تقييـم البيئة التنظيميـة والبنية التحتية، والظـروف المحيطة بتقديم الرعاية بشـكل عام ومـدى تأثيرها فى الجودة، ومثـال ذلك: المبنى والتجهيزات والميزانية المتاحة.
تقييم العمليات	أى تقييـم جميع ما يقوم به العاملون تجـاه رعاية المرضى، ومن أمثلة ذلـك: دقـة التوثيق فى السـجلات الطبية، وجدولـة المواعيد، أخذ العينات، الإجراءات التشـخيصية والعلاجيـة المختلفة، أنماط وصف الأدوية، أنماط تحويل المرضى، مهارات الاتصال.
تقييم المخرجات (المردود)	تقييـم النتائج النهائية للرعاية، أى التغييرات الملحوظة على المسـتوى الصحـى للمرضى. ومن الأمثلة على ذلك: تحسـين نتائج الرعاية، التقليل من السـلوكيات الصحية الخاطئة، تحسـين المستوى الصحى، تحقيق رضاء المسـتفيدين، استمرارية الرعاية، القضاء على الأخطاء، نسبة الأطفال المحصنين.

يقوم نمـوذج (دونابيديان) على فكرة أساسـية هى أنه علـى الرغم من أن قياس مـردود الرعاية الصحية على درجة عالية من الأهمية، إلا أن هذا المردود لن يتأتى ما لم تتوافر البنية التحتية المناسـبة (المدخلات)، واتباع الطريقة الصحيحة (العمليات) وفقاً للمعايير المهنية المتعارف عليها. ولا يمكن النظر إلى مؤشرات المردود باعتبارها بديلاً لمؤشـرات العمليات أو العكس، وإنما هناك حاجـات أو ظروف معينة هى التى تفرض اسـتخدام أحد هذه المؤشرات دون الآخر (Mant,2001). لذلك لابد من أن تشـتمل عملية القياس على مؤشـرات المدخلات والعمليات والمخرجات؛ لتوفر صورة متكاملة عن أداء الأنظمة الصحية.

علـى الرغم من وضوح ومناسـبة هذا النموذج بوصفه منطلقاً لتحديد مؤشـرات الرعايـة الصحيـة، إلا أنه لا يخلو من بعض الملاحظـات المنهجية التى قد تكون على درجة من الأهمية وتؤثر فى القرارات التى يتم اتخاذها وفقاً لهذه المؤشرات. من أهم هـذه الملاحظات عدم ثبات العلاقة بين العناصر التـى يتضمنها النموذج (المدخلات، العمليـات، المخرجات)، وعدم وجود دلائل علميـة تطبيقية على وجود هـذه العلاقة (De Geyndt, 1994). ويـرى (Mant,2001) أن العلاقـة بـين العمليات والمخرجات (نتائج الرعاية) ليست ثابتة، وقد لا تكون مرئية؛ نظراً لأن نتائج الرعاية فى كثير من الأحيان محكومة بعوامل متعددة قد يكون البعض منها غير مرتبط بالرعاية المقدمة.

ويشـير (De Geyndt, 1994) إلى أن الأهمية النسـبية لعناصر النموذج فى تحقيق جـودة الرعاية الصحية غير معروفة؛ لذلك فإن التسـاؤل الذى يطرح نفسـه دائمًا هو هـل تتسـاوى أهمية المدخلات والعمليات والمخرجات فى تحقيـق الجودة؟ أى أن جودة المدخلات قد تساعد على تحقيق جودة الرعاية الصحية ولكنها لا تضمن ذلك. كما تعد مؤشـرات العمليات ذات دلالة كبيرة؛ لأنها أكثر دلالة مقارنة بمؤشـرات المخرجات على جودة الرعاية الصحية المقدمة، وتمثل مقياساً مباشراً للجودة فيما لو تم تحديدها بدقة (Mant,2001). فى حين تعد مؤشـرات المخرجات غالباً غير مباشـرة؛ لأنها لا تعكس تبايناً فعلياً فى مستوى الجودة، لكن يغلب استخدامها لسهولة الحصول عليها، وأن معظم الأنظمة الصحية تجمع البيانات المتعلقة بها بشكل دورى روتينى (Mant,2001).

ونظراً لأن الرعاية الصحية الأولية تعد مجالاً واسع النطاق يتضمن العديد من الخدمات الصحيـة والوقائية، ويعتمد على فئات مختلفـة من العاملين والمتخصصين – فإن تحديد مؤشـرات الأداء فى هذا القطاع على درجة من الصعوبة والتعقيد. وقد سعى العديد من الباحثين إلى التركيز على جوانب مختلفة من النشـاط فى مرافق الرعاية الأولية، وإيجاد المؤشرات المناسبة لقياس كل منها، وفيما يلى استعراض أبرز هذه المؤشرات.

سهولة الحصول على الخدمة (Access):

يجمع الباحثون على أن سـهولة الحصول على الخدمة من أهم مؤشـرات جودة الرعاية الصحيـة الأوليـة (Proctor, and Campbell, 1999; Campbell, Roland, Quale, and Buetow,1998; Maxwell, 1984; Jung, 1998). وفـى دراسـة نوعيـة لاسـتقصاء آراء مقدمى الرعاية بجميع فئاتهم حول مؤشرات الأداء، وجد (Proctor, and Campbell, 1999) أن قياس سـهولة الحصول علـى الخدمات الصحية يتطلب إيجاد مؤشـرات خاصة بالبنية التحتية والكوادر البشـرية من ممرضين وأطباء، وتجهيزات طبية ومواصفات المبانى، وأن تشمل عملية قياس الأداء جداول المواعيد، وساعات العمل، وكيفية التعامل مع المرضى خارج سـاعات عمل العيادات. كما ينبغى أن تشـمل عملية القياس مدى توافر نطاق واسـع من الخدمات المتنوعة والرعاية الشـاملة التى تلبى احتياج المريض (Jung, 1998; Flocke, 1997). وفى دراسة مسحية لأطباء الرعاية الأولية والقيادات الإدارية الصحية وجد (Campbell et al. 1998) ضرورة أن تشـمل مؤشـرات الأداء نظام المواعيـد، ورعاية الحالات الطارئة، والمعلومات المعطاة على الهاتف، وسـاعات العمل، وتسهيلات المرضى المعاقين.

تجربة المريض (Patient Experience):

تمثــل تجربة المريض (Patient Experience) فــى تعامله مع النظام الصحى أحد أهــم الجوانب التى يجمع المتخصصون على أهمية أن تشــملها عمليــة تقييم الأداء. ويــرى (Proctor, and Campbell, 1999) أن اســتقصاء آراء المرضــى حول الرعاية المقدمة لهم، من العناصر المهمة فى عملية تقييم الأداء؛ لذلك لابد من إيجاد المؤشرات المناسبة لقياس مدى مشاركتهم فى صنع القرارات المتعلقة بتقديم الخدمة وتنظيمها، ومجريات مقابلة المريض للطبيب (الاستشارة الطبية)، ومدى توافر الاحترام والاتصال الفعال ومهارات الإصغاء وتثقيف المريض.

وفى دراســة شــاملة للأدبيات المتعلقة بأولويات المرضى حول الرعاية الأولية، تم تحديد الأولويات التالية: الإنســانية، والدقة والقدرة، ومشــاركة المريض فى قرارات الرعايــة، وتخصيص الوقت الكافى للرعاية، وســهولة الحصول على الخدمة، وتزويد المريض بالمعلومات الكافية عن المرض والعلاج، وفحص احتياجات المريض، والتواصل والعلاقات الإنسانية، وتوافر نطاق واسع من الخدمات (Jung et al 1998).

من الدراسات التى سعت إلى قياس جودة الاستشارة الطبية وتحديد العوامل المؤثرة فيها، تلــك التى قام بهــا (Howie, Heaney, Maxwell, Walker, Freeman; 1999) فــى أربعة أقاليم فى المملكة المتحــدة، ومنها توصل إلى أن الممارســة العامة تتمحور حول الاستشــارة الطبية التى تمثل النشــاط الرئيس فى عيادات الطب العام. ويشير (Howie et al. 1999) إلى أهمية الطريقة التى يستخدم فيها وقت الاستشارة الطبية، وعلاقته بتمكين المرضى وباســتمرارية الرعاية . شــملت الدراسة نحو ستة وعشرين ألف مراجع (٢٥٩٩٤) لثلاث وخمسين عيادة فى هذه الأقاليم خلال أسبوعين متتاليين، وتضمنت عدة مؤشرات منها: تمكين المرضى (Patient Enablement)، ومدة المقابلة أو الاستشارة الطبية، ومدى معرفة المريض لطبيبه، وعدد المرضى المنتسبين فى العيادة. وجدت الدراســة أن معدل مدة الاستشــارة الطبية يصل إلى نحو ثمانى دقائق، ويزيد ذلك لدى المرضى المصابين بأمراض نفسية أو يعانون من مشكلات اجتماعية، واتضح من خلال الدراســة أن درجة تمكين المرضى تزيد مع زيادة مدة الاستشارة الطبية ومع زيادة معرفة الطبيب بمريضه (Howie et al. 1999). من جانب آخر وجدت الدراسة أن هناك تفاوتاً واضحاً بين الأطباء فى مدة الاستشارة الطبية يراوح بين (٨,٣-٤,٤١) دقيقة، كما أن هناك تفاوتاً فى درجات تمكين المرضى حســب الأطباء، وارتبطت قدرة الأطباء على تمكين المرضى ارتباطاً موجباً بمدة الاستشــارة الطبية ونســبة مرضاهم الذيــن يعرفونهــم جيداً، وارتبطت ارتباطاً عكســياً بعدد المرضى المنتســبين للعيادة. كمــا وجد تفاوت فى درجة تمكين المرضى وفى مدة الاستشــارة الطبية بين العيادات

المختلفة، إذ راوحت مدة الاستشارة بين (٩،٤-١٢) دقيقة. وخلصت الدراسة إلى أنه من الضرورة بمكان تشجيع الأطباء على زيادة مدة الاستشارة الطبية وتعزيز استمرارية الرعاية وتمكين المرضى (Howie et al. 1999).

فى دراسة حول مؤشرات الرعاية الصحية الأولية، قامت (Flocke, 1997) بتصميم أداة لقياس سبعة جوانب رئيسة للرعاية الصحية الأولية من وجهة نظر المريض، كما هى مبينة فى الشكل رقم (٢): الشمول، ومعرفة الطبيب بالمريض، والتواصل الإنسانى، والتنسيق، ومستوى الرعاية عند أول زيارة قام بها المريض، والمتابعة مع طبيب محدد، واستمرارية الرعاية. شملت الدراسة (٢٨٩٩) مريضاً فى (١٣٨) مركزاً للرعاية الأولية فى الولايات المتحدة الأمريكية. توصلت الدراسة من خلال التحليل العاملى إلى تحديد أربعة جوانب للجودة هى: التواصل الإنسانى، والمعلومات التى يمتلكها الطبيب عن المريض، وتنسيق الرعاية، ورغبة المريض فى الاستمرار فى مراجعة طبيب محدد.

الشكل رقم (٢)

مؤشرات الرعاية الصحية الأولية حسب دراسة (Flocke, 1997)

شمولية الرعاية	حصول المريض على أكبر قدر من الرعاية التى يمكن أن يحصل عليها من طبيب المركز.
المعرفة التراكمية لدى الطبيب عن المريض	إدراك المريض أن الطبيب يعرف قيمه وتفضيلاته عن الأمور المتعلقة بالرعاية الصحية، وأنه يتفهم احتياجاته ويعرف التاريخ المرضى لأسرته.
التواصل الإنسانى	يشير إلى مقدار انتباه وإصغاء الطبيب للمريض وشرحه للمعلومات المهمة للمريض.
التنسيق	معرفة الطبيب بالرعاية الصحية التى يتلقاها المريض من جهات أخرى كالزيارات التى قام بها المريض للأخصائيين ومتابعته للمشكلات الصحية التى يعانى منها.
الاتصال الأول (First Contact)	لجوء المريض إلى الرعاية الأولية باعتبارها مدخل النظام الصحى.
استمرارية الرعاية (Continuity of Care)	استمرار الحصول على الرعاية من طبيب محدد أو فريق صحى محدد.
الاستمرارية على المدى الطويل (longitudinality)	الفترة الزمنية التى تعامل فيها المريض مع العيادة أو طبيب محدد، وهى تعتبر دليلاً على عمق العلاقة بين المريض والطبيب.

وتعـد قدرة طبيب الرعايـة الصحية الأولية على جمع أكبر قـدر من المعلومات عن المريض فى أول لقاء شـيئاً مهماً جداً. فى دراسـة قام بها (Ramsey et al, 1998) تم بحث أسـاليب أخذ التاريخ المرضى ومهارات الفحص الوقائى بين أطباء الرعاية الأولية فـى أول لقاء مع المريض. وجدت الدراسـة أن الأطباء يسـألون عن نحو (٥٩٪) فقط من الأسـئلة المهمة فى التاريخ المرضى. وفى معظم الأحوال تمكنوا من جمع المعلومات المهمة حول المرض الحالى والأمراض التى يعانى منها المريض، إلا أنهم غالباً ما ينسون المعلومات الخاصة بالأعراض المرتبطة بالتاريخ المرضى (Ramsey et al, 1998). وتؤكد الدراسـة أن أطباء الرعاية الأولية عندما يغفلون أسئلة مهمة متعلقة بالتاريخ المرضى؛ فإن ذلك ينعكس سلباً على قرارات العلاج.

فى المملكة المتحدة وجد (Campbell, Hann, Hacker, Burns, et al. 2001) تفاوتاً كبيراً فى جودة الرعاية الطبية ودرجة الحصول على الرعاية (Access) والاستمرارية والجوانـب الإنسـانية للخدمات المقدمة. كما وجد أن جـودة الرعاية المقدمة ترتبط بالفترة الزمنية التى تستغرقها الاستشارة الطبية، فكلما زادت مدة الاستشارة الطبية؛ كانـت الرعاية أفضل. وتزداد إمكانيـة الحصول على الرعاية فى العيادات الصغيرة، أما الرعاية الوقائية فتتدنى فى العيادات التى تخدم المناطق التى ينخفض فيها مستوى المعيشـة. كما أن درجات الرضاء وجودة واسـتمرارية الرعاية ودرجة الحصول عليها كانـت أعلى فى العيادات التى تتسـم بدرجة عالية مـن روح الفريق، ومن ثم خلصت الدراسـة إلى أن زيادة مدة الاستشـارة الطبية تعد من أهم محـددات جودة الرعاية الصحية، كما أن روح الفريق تمثل عنصراً أساسـياً لتحسـين الجودة، ولابد من بذل المزيد من الجهد لتوفير الرعاية الوقائية للفئات الفقيرة.

الجوانب الإكلينيكية:

تمثل الجوانب الإكلينيكية محور الرعاية الصحية والوسـيلة التى تحقق من خلالها أهدافها بما فى ذلك: وصف الأدوية، وسلامة المريض وعدم تعرضه للعدوى، والتركيز على الوقاية ورعاية الأمراض الشائعة وغيرها.

ويرى العديد من الباحثين أن قياس مؤشرات وصف الأدوية وخاصة الأدوية المتكررة والطويلـة المـدى من الأهمية بمكان؛ وذلـك لأن مقدمى الرعاية يولـون أهمية كبيرة للجوانب الإكلينيكية أكثر من الجوانب الإنسـانية (Proctor, and Campbell, 1999; Moussa and Bridges-Webb, 1994; Campbell et al. 1998).

وتعد إرشادات الممارسة أحد مقومات برامج جودة الرعاية الصحية، وتزداد أهميتها بسـبب اختلاف وتنوع أسـاليب الممارسـة الإكلينيكية، وما لها من تأثير فى الرعاية المقدمـة؛ لذلك يؤكد المختصون ضرورة أن تشـمل عملية القيـاس وجود بروتوكولات علاجية يجب الالتزام بها (Proctor, and Campbell, 1999).

وفى دراسـة لأطباء الرعاية الأولية والقيادات الإدارية الصحية أشار (Campbell et al. 1998) إلى ضرورة أن تشـمل عملية القياس مؤشرات الرعاية الوقائية بما فى ذلك معدلات التطعيم، ومتابعة حالات الأمراض المزمنة والمسـوحات الطبية، وأن يتم كذلك تقييم رعاية الأمراض المزمنة، ومدى توافر سـجلات للمصابين بهذه الأمراض، وآليات متابعـة ومراجعة هذه الحالات، والتعليم المسـتمر للأطباء لتطوير معلوماتهم وقدراتهـم على التعامل مع هذه الحالات، والالتـزام بالبروتوكولات العلاجية، وإحالة هذه الحالات عند الحاجة إلى المستوى الثانى لإجراء الفحوصات الدورية اللازمة.

على الرغم من توافر الكثير من مؤشرات جودة الرعاية الصحية الأولية إلا أن المستند منها إلى دلائل علمية ما يزال محدوداً. وفى دراسـة لتحديد بعض المؤشـرات المستندة إلى الدلائل العلمية شملت عدة دول هى: نيوزلندا وأستراليا والمملكة المتحدة، تم تحديد خمس فئات للمؤشرات التى يمكن استخدامها بيسر دون الحاجة إلى أنظمة جمع معلومات متقدمة هى: مكافحة التدخين، ونشـاطات الصحة الوقائية، ووصف الأدوية، والأمراض المزمنة، والمعلومات والإدارة (Gribben , Coster, Pringle, and Smith, 2002).

الطب المسند (المعتمد على الدلائل العلمية):

يحظى الطب المستند إلى الدلائل العلمية (Evidence Based Medicine) باهتمام متزايـد باعتباره وسـيلة لمواكبة المسـتجدات العلمية وتطوير الممارسـة الإكلينيكية. ويهدف الطب المسند إلى مساعدة الأطباء ومخططى السياسات الصحية على مواكبة مستجدات البحث العلمى الطبى، وتعزيز قدرتهم على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بنـاء على أفضل ما يتوافر من البراهـين عن فعالية وجدوى جميع التداخلات الطبية الممكنة (العسـالى، ١٩٩٩). ولتحديد مؤشرات أداء خدمات الرعاية الصحية الأولية على أساس الدلائل العلمية (Evidence Based Indicators)، والتعرف على اتجاهات أطباء الرعاية الأولية تجاه الطب المسـتند إلى الدلائل العلمية واحتياجاتهم التدريبية المتعلقـة بتطبيـق هذا المفهوم، قـام (McColl, Smith, and Feild, 1998) بدراسـة لعينـة من (٤٥٢) من أطباء الرعاية الأولية فى إحدى المقاطعات البريطانية. أظهرت الدراسة وجود اتجاهات إيجابية لدى الأطباء نحو الطب المستند إلى الدلائل العلمية، ووجـود قناعـة لديهم بأن تطبيق هذا المفهوم يسـهم فى تحسـين الرعاية الصحية.

وأشار الباحث إلى أهمية التركيز على الجوانب الإكلينيكية؛ نظراً لصعوبة تغيير سلوك مقدمى الرعاية خاصة الأطباء دون توافر دلائل إحصائية وعلمية، إضافة إلى الرغبة فى جعل التقييم على أســاس علمى يمارس يومياً وباســتمرار بما يســهم فى تحسين صحــة أفراد المجتمــع (McColl, A et al., 1998). على الرغم من توافر الاتجاهات الإيجابية لدى الأطباء نحو الطب المستند إلى الدلائل العلمية، إلا أن هناك عدة عوائق تمنــع اســتفادتهم وتطبيقهم لهذا المنهج الحديث، أهمهــا أن الأطباء لا يملكون الإلمام الكافى بمصادر المعلومات الطبية المناســبة، وخاصة الدوريــات العلمية والإصدارات المرجعيــة وقواعد المعلومات التى توفر أحدث الدلائل العلمية. كما وجدت الدراســة أن الأطبــاء حتى وإن توافر لهم هــذا الإلمام، فهم غالباً لا يســتخدمون أدوات الطب المســتند إلى الدلائل العلمية، إما لأنهم غير ملمين بهذه الأدوات أو المصطلحات ذات العلاقة، وإما لعدم توافر شبكات الإنترنت فى مواقع عملهم، وقد كانت نسبة منخفضة مــن الأطبــاء (١٧٪) ذات اتصال بشــبكة الإنترنت وهى تعد مصدراً أساســياً للطب المســتند إلى الدلائل. ولعل أهم معوقات الطب المســتند إلى الدلائل هو ضيق الوقت المتاح لاســتخدامه؛ لذلك يرى معظم الأطباء أنه من الأنسب وضع إرشادات الممارسة المســتندة إلى الدلائل العلميــة (Evidence Based Clinical Guidelines) وتوزيعها علــى الأطباء بدلاً من أن يتم تدريبهم جميعاً علــى طرق البحث فى الأدبيات وقواعد المعلومات وتقييم الدلائل تقييماً فردياً (McColl, et al., 1998).

يتزايد الاهتمام بما يظهر من عدم اتباع إرشــادات الممارســة المستندة إلى الدلائل العلمية (Evidence Based Guidelines) بين أطباء الرعاية الأولية. أجرى (Watkins et al, 1999) دراســة تهــدف إلى التعرف على آليات حصول الأطباء على إرشــادات الممارسة، وكيفية اســتخدامها فى عملهم اليومى فى رعاية مرضاهم، وتحديد طبيعة الصعوبات التى تعترض الاســتخدام الأمثل لها. شملت هذه الدراسة (٣٩١) ممارساً عاماً فى عدة مناطق، ووجدت أنهم يعتبرون إرشادات الممارسة على درجة من الفائدة والأهميــة للتعرف على أحــدث المعلومات الطبية. كما وجدت الدراســة أن من أهم العوامل المؤثرة فى اتباع الأطباء لإرشــادات الممارسة هو وضوح صياغتها، وصدورها عن جهة رســمية غير متحيزة، وانســجامها مع الطريقة المعتادة للممارسة، واتسامها بالمرونة بما يحقق درجة من حرية الممارســة الفردية (Watkins et al, 1999). تشير الدراســة كذلك إلى أن إرشــادات الممارسة تعتبر وســيلة آمنة لتفويض المهام للفئات المساندة، وتفعيل مشاركة المريض فى صنع القرارات العلاجية. واستخلصت الدراسة وجود اتجاهات إيجابية لدى الأطباء نحو إرشــادات الممارسة، وأن معظم الأطباء يقوم

بتطويع أو مواءمة الإرشـــادات لتناسب الاحتياجات الفردية للمرضى. وتؤكد الدراسة ضرورة أخذ الاعتبارات الســابقة عند وضع هذه الإرشادات لتيسير تطبيقها والالتزام بها (Watkins et al, 1999).

إن الغاية التى تسـعى إليها مجهودات الطب المستند إلى الدلائل العلمية هى اتباع أكثــر الإجراءات فعالية أو قــدرة على تحقيق أهداف الرعايــة الصحية. وقد تكمن الصعوبــة فى تحديد المقصود بمصطلح الفعالية؛ لذلــك قام (Tomlin, Humphrey, and Rogers, 1999) بإجــراء دراســة نوعية لتحديد مفهــوم الفعالية من وجهة نظر أطبــاء الرعاية الصحية الأولية فــى المملكة المتحدة. أظهرت الدراســة وجود ثلاثة مداخــل لتعريف فعاليــة الرعاية الصحية هى: مدخل متعلــق بالجوانب الإكلينيكية، وآخر متعلق بالمرضى، وثالث يتعلق باســتخدام الموارد. ســعت الدراسة بعد ذلك إلى التعرف على مسببات عدم التزام الأطباء بمفهومهم للفعالية، وتوصلت إلى أن الأسباب تعود فى الدرجة الأولى لعوامل مرتبطة بالمريض يلى ذلك ضيق الوقت، ونقص المهارة والمعرفة، نقص الإمكانيات، و"القصور البشــرى" (Tomlin et al. 1999). كما سعت الدراســة إلى التعرف على مصادر المعلومات التى يســتند إليها الأطباء فى حال عدم التأكد من الأسلوب الأمثل للعلاج، ووجدت أن الأطباء يرجعون غالباً إلى زملائهم فى العيادة أو فى المستشفى للنصح والمشورة فى مثل هذه الأحوال (Tomlin et al. 1999). أما عن محركات التغيير فى أســاليب الممارسة بين الأطباء فقد تركزت على الملاحظة والاحتكاك بالأطباء الآخرين وبخاصة فى المستشفى، إضافة إلى الاطلاع على الأدبيات العلمية. انتهت الدراسة إلى أن الافتراضات التى يقوم عليها الطب المستند إلى الدلائل العلمية لا تمثل قناعة مشــتركة وواســعة الانتشار بين أطباء الرعاية الأولية مما يمثل عائقاً أمام تطبيقها. وتوصى الدراســة بأن رفع فعالية الرعاية الصحية يتطلب رؤية واسعة ومنظوراً واقعياً يأخذ فى الاعتبار الأمور التى تهم الأطباء، ويتواءم مع الطبيعة المعقدة للعمل الذى يقومون به (Tomlin et al. 1999).

ومع تزايد الاهتمام بالطب المســتند إلى الدلائل العلمية: تبرز الحاجة إلى معرفة ردود الفعل حول اســتخدام مؤشــرات الأداء المرتبطة بالدلائل العلمية. وهذا ما بحثته الدراسة النوعيــة التــى قــام بهــا (Wilkinson , McCall, Wxworthy, Roderick, et al, 2000) لحالات الأمراض المرتبطة بالقلب والجهاز الدورى فى إطار الرعاية الأولية، باستخدام المقابلات الشــخصية شبه المقننة مع (٥٢) من العاملين فى هذا القطاع ومنهم الأطباء والمديرون والممرضون. تتمثل أهم معوقات اســتخدام مؤشــرات الأداء المســتندة إلى الدلائــل العلمية فى نوعية المعلومات ودقتها، إضافة إلــى المواصفات الفنية المرتبطة

بهذه المؤشـــرات، ومنها المســتويات القياســية (Thresholds) التى يتم عندها اتخاذ إجراءات طبية معينة. وعلى الرغم من هذه المعوقات فإن المؤشرات ذاتها تعتبر كافية لدفــع معظم العاملين فــى هذا القطاع إلى إعادة النظر فــى بعض جوانب الأداء، إلا أنها لا تسهم بالضرورة فى حل جميع مشكلات الجودة فى هذا القطاع خاصة مشكلة عدالة توزيع الخدمات (Wilkinson et al 2000). واتفقت الأغلبية على أن تحســين جودة المعلومات الطبية، وتحســين دقة التوثيق، يعد أســاس تحقيق مؤشــرات الأداء للهــدف الذى وضعت مــن أجله. من جانب آخر، فإن من أهــم معوقات التغيير عدم توافر الوقت والإمكانيات اللازمة لتطبيق مؤشــرات الأداء، هذا بالإضافة إلى الحاجة إلى تدريب العاملين، واتخاذ الإجراءات التطويرية الكفيلة بتحسين دقة المعلومات، ومن ثم الاستفادة من هذه المؤشرات فى تحسين جودة الخدمات.

الجوانب التنظيمية:

إن الهدف من تقييم الأداء هو تطوير وتحسين الرعاية الصحية، ولتحقيق ذلك لا بد من إيجاد آليات المتابعة، ومؤشرات القياس المناسبة لرصد مقدار التطور فى الخدمات المقدمة وفى أساليب الأداء. ويرى (Proctor, and Campbell, 1999) ضرورة أن تشمل مؤشرات الأداء التعليم المستمر، والتراخيص وإعادة الترخيص، وضرورة إجراء المراجعة المســتمرة للسجلات الطبية (Medical Audit)، وقياس مدى استخدام تقنية المعلومات بوصفها مؤشــرات لتطويــر الخدمات. ويؤكــد (Campbell et al. 1998) ضرورة أن تشمل مؤشرات الأداء قياس أداء المنظمة ككل من خلال إجراء المراجعة الطبية الدورية، ومراجعة الســجلات الطبية، والتقييم المســتمر لمهارات العاملين، ومدى حصولهم على التدريب والتعليم المســتمر المناســب. وفى دراسة لأهم طرق قياس الرعاية الأولية من وجهة نظر الممارســين، وجد أن الأطباء يفضلون أن تشــمل مؤشــرات الأداء الجوانب المتعلقة بالتعليم الطبى المستمر (Moussa and Bridges-Webb, 1994).

التكامل والتنسيق:

تعد درجة التكامل والتنسيق مع المستوى الثانى للرعاية ممثلاً فى المستشفيات والمراكز التخصصية، ومدى سهولة وتنظيم عملية الإحالة للمستوى الثانى، تعد من الجوانب المهمة فــى تقييم الرعاية الأوليــة (Proctor, and Campbell, 1999 ; Campbell et al. 1998). حــددت مجموعــة العمل الأوروبيــة المختصة بجــودة الرعايــة الصحية الأولية (European Working Party on Quality of Family Practice) (EQUIP) عــدة عناصر لا بد من توافرهــا لتحقيق جودة التقاء الرعايــة الأولية بالرعاية

التخصصيـــة (Kramme, Olsen, Samuelsson, 2001). بعد عقد العديد من ورش العمل وحلقات النقاش توصلت المجموعة إلى ضرورة إجراء العديد من التغييرات فى أنظمة الرعاية الصحية، وفى الطريقة التى ينظر بها الأطباء إلى دورهم وأدائهم. وأن تجزئة أنظمة الرعاية الصحيـــة تمثل تحدياً كبيراً قد ينعكس ســلباً علــى جودة هذه الرعايـــة فيما لو تم تحقيق التعاون والتنســيق والترابط فى الأجزاء المختلفة. وقـــد تم التوصل إلى أن تلبية احتياجات المريض تفرض على الطبيب أن ينظر إلى النظام الصحى من خلال منظور المريض. توصلت مجموعة العمل إلى تحديد عشرة عناصر أساسية للتطوير مبينة فى الشكل رقم (٣).

الشكل رقم (٣)

العناصر الأساسية لتطوير التقاء الرعاية الصحية الأولية بالرعاية الثانوية (التخصصية)

(Kramme,Olsen, Samuelsson, 2001)

المحور	الوصف
القيادة	أى ضرورة تنمية القيادات التى تدرك مسئوليتها تجاه تحسين التقاء الرعاية الأولية بالرعاية التخصصية بما فى ذلك القيادات المحلية والقيادات المهنية. وينبغى لهذه القيادات تحديد التوصيف الوظيفى لجميع العاملين أخذاً فى الاعتبار بناء علاقات التعاون بين مستويات الرعاية المختلفة.
توحيد مداخل الرعاية المبدئية	لتحقيق ذلك لا بد من إزالة الحواجز بين مكونات النظام الصحى المختلفة، ووضع مؤشرات وإرشادات الرعاية التى تحدد دور كل مستوى بدقة.
توزيع المهام	أى توزيع المهام بدقة بين أطباء الرعاية الأولية والأطباء الأخصائيين، وعلى الرغم من أن مهام الأخصائيين تكون غالباً محددة بشكل كبير إلا أن أكثر الدول لا تزال تواجه إشكالية فى هوية الطب العام وتحديد مكوناته، لذلك لا بد من تحديد دور أطباء الرعاية الأولية بما يحقق العدالة وسهولة الحصول على رعاية صحية ذات تكلفة مناسبة وجودة عالية.
إرشادات الممارسة	وضع إرشادات الممارسة بما يكفل احتواء المشكلات المرتبطة بنقطة التقاء الرعاية الأولية والرعاية التخصصية، لذلك لا بد أن تكون هذه الإرشادات مستندة إلى أحدث المعلومات الطبية بما يتفق مع ثقافة المجتمع وإمكانياته ويحقق الجودة والاستخدام الأمثل للموارد.
منظور المريض	إيجاد نقطة التقاء تحقق سهولة الانتقال من مستوى لآخر وتيسر له الحصول على الرعاية التى يحتاج إليها وتشعره بأن النظام الصحى خالٍ من الحواجز والحدود ويتسم بالاستمرارية وتبسيط الإجراءات وتيسر رحلته داخل النظام وتشجعه على طرح وجهة نظره وإبداء رأيه فى تطوير النظام الصحى.
المعلوماتية	تنمية أنظمة لتبادل المعلومات بين مستويات الرعاية وتعزيز التكامل والتنسيق فيما بينها.
التعليم	تدعيم نقاط التقاء الرعاية من خلال أنظمة التعليم، وإيجاد برامج تعليمية تعزز روح الفريق والاحترام للرعاية الأولية وتتضمن التدريب على الجودة والتنسيق.
بناء الفريق	الاعتماد على العمل الجماعى والمشاركة.
أنظمة الرقابة على الجودة	تضمـــين هذه الأنظمة مؤشـــرات وآليـــات رقابة على نقـــاط التقـــاء الرعاية الأولية مـــع الرعاية التخصصية.
الفعالية والكفاءة	ترشيد استخدام الموارد الصحية.

وتشـــير مجموعة العمل إلى أن زيادة تعقيد أنظمة الرعاية الصحية أدت إلى زيادة الحاجة إلى تعزيز التنســيق والتعاون بين مســتويات ومكونات هــذه الأنظمة المختلفة، وتحــذر من أن هناك نزعة لدى مكونات أنظمـــة الرعاية الصحية للتركيز على مهامها ومواردهـــا الذاتية فقط بمعزل عن كونها جزءاً من منظومة أكبر. فى حين أن المريض يتعامل مع هذه المنظومة ككل، ويجد نفسه فى حيرة فى كل نقطة من نقاط التقاء أجزاء هذه المنظومة. ويقوم أطباء الرعاية الأولية والأطباء المتخصصون بمهام وأدوار مختلفة، وغالباً ما يرون المشكلات من زوايا مختلفة التخصصية (Kramme et al. 2001).

لذلك فإن اختلاف وجهات النظر واختلاف الثقافات وظروف العمل فى داخل مهنة الطب تعكس تنوع واختلاف المشكلات النفسية والاجتماعية والجسدية للمريض، وإن العمـــل فى إطار واقع مهنى منفصل يقلص من فهم –وربما احترام– كل جانب للآخر. وعلى الرغم من أن المريض يحتاج إلى كل من الممارس العام والمتخصص، إلا أن جهوداً محـــدودة قد بذلت لتقريب الفجوة بينهمـــا، ومحاولة جعل كل منهما يدرك دوره، وأنه مكمـــل للآخرين الذين يعملون فى إطار منظومـــة صحية واحدة. هذا إضافة إلى أن الضغوط التى تواجهها المجموعات الطبية المختلفة لمواكبة مســتجدات التقنية الطبية فى مجال اختصاصها تفرض عزلة مهنية كبيرة (Kramme et al. 2001).

إشكاليات قياس جودة الرعاية الصحية:

على الرغم من أهمية مؤشـــرات الرعاية الصحية إلا أن قياس هـذه المؤشـرات وحده لا يرفع من مستوى الأداء فى غياب منظومة متكاملة من جهود التحسين المستمر للجودة. ويشير المختصون إلى أن سوء استخدام مؤشرات الأداء يؤدى إلى نتائج عكسية، خاصة عندما ينظر إليها بوصفها أداة لتوجيه اللوم وإصدار الأحكام، مما يمثل ســبباً لتفشـــى الشعور بالإحباط وانهيار جميع مجهودات تحسين الجودة (Berwick, 1998).

وتشـــير (Proctor, and Campbell, 1999) إلى أن القياس ذاته لا يعنى تحســـين الجودة، بل إن هناك من يرى أنه يؤدى إلى نتائج عكسية بخفض الروح المعنوية وتحويل الاهتمـــام عن جوانب أخرى مهمة فى الجودة ولكنها غير قابلة للقياس. كما تؤكد أن القياس يصبح أكثر قيمة إذا ارتبط بالتعليم المســـتمر والتطوير. وتشير إلى أن عملية قيـــاس الأداء فى الرعاية الأولية تمثل تحدياً كبيراً غالباً، إذ إن العوامل التى تؤثر فى جودة العمليات والمخرجات قد تكـــون مرتبطة بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية أكثر مـــن ارتباطها بأداء المنظمات الصحيـــة (Proctor, and Campbell, 1999). وهذا ما

تؤكده دراسة (Campbell et al 1998) التى سعت إلى تحديد أهم الجوانب التى ينبغى أن تشـملها مؤشـرات الأداء، وتوصلت إلى تحديد (٢٠٠) جانب من نشـاط الرعاية الأولية جدير بأن تشمله عملية القياس إلا أن عدداً محدوداً منها يمكن قياسه فعلاً.

ترى (Starfield, 1990) أن من أبرز الإشكاليات التى تعترض عملية قياس مخرجات الرعايــة الصحية الأولية عدم توافر أدوات مناســبة لقياس جــودة الجوانب المختلفة للنشــاط. وتتمحور المشكلة فى عدم تحديد المفاهيم المرتبطة بالجودة من ناحية، وفى أن العديد من الدراسات تقيس بعض الجوانب بمعزل عن جوانب أخرى على الرغم من تداخل وترابط جوانب الرعاية الصحية المختلفة بعضها مع بعض (Starfield, 1990).

جودة الرعاية الصحية الأولية فى المملكة العربية السعودية:

تبنت حكومة المملكة العربية السعودية ممثلة فى وزارة الصحة مفهوم الرعاية الصحية الأولية منذ إعلان ألما آتا، وتضمنته خطة التنمية الخمســية الرابعة (١٤٠٥-١٤١٠هـ). وقد سار تطبيق هذا المفهوم سيراً حثيثاً، وحظى بدعم كبير وعلقت عليه الآمال لتحقيق الصحــة للجميع بحلــول العام (٢٠٠٠م). بلغ عدد مراكــز الرعاية الصحية الأولية فى العــام (١٤٢٣هـ) (١٨٠٤) مراكز تخدم نحو (١١٨٨٩) نســمة من الســكان الســعوديين (وزارة الصحة، ١٤٢٣هـ). ويعمل فى هذه المراكز (٤٦٣٩) طبيباً يمثل الســعوديون نحو (١٢,٩٪) منهم، كما يعمل فيها نحو (١٠٦٦٢) ممرضاً وممرضة يمثل الســعوديون نحو (٤٨,٨٪) منهم (وزارة الصحة، ١٤٢٣هـ).

ولعــل من أحدث التوجهات الحديثة فى خدمــات الرعاية الصحية فى المملكة هو تطبيق مفاهيم العيــادات المتخصصة المصغرة، والرعايــة الصحية الممتدة للأمراض المزمنــة، والفحــص الدورى تحت مظلــة الرعاية الصحية الأوليــة. إضافة إلى دمج الخدمات الوقائية والعلاجية الأساســية فى المركز الصحى، بهدف تلبية الاحتياجات الأساســية على أساس التطبيق الذاتى لأســلوب الرعاية الصحية الأولية من خلال لا مركزية الإدارة والمشــاركة المجتمعية. وسعت إلى تعزيز نظام الإحالة لربط الرعاية الصحيــة الأولية بالمســتويات الأعلى (الثانوية والتخصصية). كما ســعت إلى ربط الخدمــات الصحية للرعايــة الصحية الأولية بعناصر التنمية الشــاملة فى قطاعات أخرى كالإصحاح البيئى ومياه الشرب والتعليم والإسكان والاتصالات والإعلام.

بــدأ الاهتمام بإيجاد برنامج لإدارة الجــودة فى قطاع الرعاية الصحية الأولية فى المملكة العربية السعودية فى العام ١٩٩٠م، إذ تم تشكيل اللجنة العلمية لجودة الرعاية

الصحية الأولية فى المملكة، وقد اتخذت العديد من الخطوات لتأسيس برنامج الجودة النوعية فى الرعاية الصحية الأولية. وقدمت اللجنة عدة مبررات للحرص على تجويد خدمات الرعاية الصحية الأولية (وزارة الصحة، ١٩٩٣)، هى:

١- تعدد جنسيات العاملين فى مجال الرعاية الصحية الأولية، ومن ثم اختلاف خلفياتهم الثقافية والتعليمية؛ مما يحتم وضع معايير محددة للأداء.

٢- إعداد قيادات متفهمة ومقتنعة بمفاهيم إدارة الجودة من بين العاملين فى الصحة والمهنيين عموماً، والتركيز على المخططين وصانعى القرار.

٣- حماية المجتمع (المستهلك) من رعاية قد تكون قاصرة.

٤- تمشياً مع مبادئ الرعاية الصحية الأولية وتوجهات منظمة الصحة العالمية بإيجاد برامج لإدارة الجودة.

٥- حرص العاملين فى مجال الصحة على الجودة من منطلق الرغبة فى التعرف على كل ما هو جديد، وتحديد أوجه القصور لديهم وتطويرها من خلال التعلم المستمر.

وبناء على هذه المبررات تم تحديد أهداف برنامج الجودة النوعية فى المملكة وذلك كما يلى (وزارة الصحة، ١٩٩٣):

١- وضع معايير ومؤشرات قياسية لأنشطة وخدمات مراكز الرعاية الصحية الأولية.

٢- تحديد مؤشرات حساسة وموضوعية من أجل التقييم والمتابعة لمدى الالتزام بالمعايير الموضوعة ومردود الخدمات الصحية وتأثيرها فى المجتمع.

٣- تضمين كل ما سبق فى عمليات التخطيط والمتابعة والتقييم لخدمات الرعاية الأولية.

ويتضمن برنامج الجودة النوعية فى الرعاية الصحية الأولية، خمس مراحل كالتالى (Khoja, 2001):

١- إعداد دليل الجودة.

٢- تدريب المدربين.

٣- تدريب فرق الرعاية الصحية الأولية فى المراكز الصحية.

٤- التطبيق.

٥- التقويم.

الأدلة الإرشادية للممارسات الإكلينيكية:

منذ بداية تأسيس القطاع هناك محاولات مختلفة لإيجاد أدلة إرشادية للعاملين تشمل الجوانب الإدارية والفنية والطبية، أهمها دليل الجودة النوعية فى الرعاية الصحية الأولية الذى تم إصداره فى العام ١٩٩٣هـ (وزارة الصحة، ١٩٩٣). تم إعداد هذا الدليل من قبل اللجنة الوطنية للجودة النوعية فى الرعاية الصحية الأولية، ويضم إرشادات لأهم جوانب النشاط فى هذا القطاع وهى: مشاركة المجتمع، وصحة الطفل، والتطعيمات، والإحالة، والأمراض المزمنة، والأدوية الأساسية، والتثقيف الصحى، وصحة الأم، والأمراض المعدية، وصحة البيئة.

كما تم إعداد العديد من الأدلة العلمية والمناهج الوطنية التى تهدف إلى إيضاح خطوات تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية المختلفة. وقد تم إعداد هذه الدلائل الإرشادية من قبل لجان علمية متخصصة بالاستناد إلى المعايير الطبية المرتكزة على الدلائل العلمية. ومن أمثلة هذه الدلائل:

- دليل خدمات رعاية الأمومة والطفولة لأطباء المراكز الصحية.
- المنهاج الوطنى لتشخيص وعلاج الربو.
- دليل مكافحة الالتهابات التنفسية الحادة.
- دليل إجراءات عيادة رعاية مرضى الأمراض المزمنة.
- دليل العاملين فى حوادث التسمم الغذائى.
- دليل الجودة النوعية فى الرعاية الصحية الأولية.

وتساعد هذه الدلائل الإرشادية الأطباء على مواكبة المستجدات العلمية، وتجاوز التباين فى خبرة وكفاءة الأطباء وحرصهم على الاطلاع المستمر.

برنامج الإشراف الداعم:

لتهيئة القوى البشرية اللازمة للإشراف على تطبيق الجودة فى المراكز الصحية تم تصميم برنامج الإشراف الداعم، وبدأ فى العام ١٩٩٥م بهدف تعزيز تطبيق أنشطة إدارة الجودة فى مراكز الرعاية الصحية الأولية، ومن أهم أهداف البرنامج:

- تدعيم العلاقة بين وزارة الصحة والمديريات الصحية فيما يتعلق بالرعاية الأولية.
- دعم التدريب على رأس العمل فى المناطق للمشرفين والعاملين فى المراكز الصحية.

- معرفـة مدى ما وصل إليـه التطبيق العملى لهذه البرامج فـى المراكز الصحية فى المناطق المختلفة باستخدام مؤشرات الجودة.
- ترسيخ مفهوم الإشراف كأداة لتطوير الخدمات الصحية.
- متابعة أنشطة التدريب فى برامج الرعاية الأولية فى المناطق المختلفة التى تغطيها.
- إمداد المناطق بنتائج وتقارير الزيارات الميدانية والإشرافية، ومناقشة نقاط الضعف والقوة فى الأداء للارتقاء بالمستوى العام للخدمة.
- تبادل الأفكار والأساليب البناءة بين المناطق.
- معرفة المشـاكل والمعوقات التى تواجه التطبيق، ومحاولة إيجاد الحلول لها بمشاركة المسئولين فى المناطق.
- الوقـوف على المـردود الناتج عن إدخال هـذه البرامج وتطبيقهـا ومدى مطابقته للأهداف المرجوة.

مؤشرات جودة الرعاية الصحية الأولية:

يتضمـن برنامج الجـودة النوعية فى الرعايـة الصحية الأولية الالتـزام بالمعايير القياسية الواردة فى دليل الجودة لأنشطة وخدمات المراكز الصحية ومؤشرات متابعة الالتزام بهذه المعايير. وقد تم تصميم "استمارة تقويم أنشطة الرعاية الصحية الأولية باستخدام مؤشرات الجودة النوعية" (ملحق رقم ١) وهى تمثل خلاصة المعايير الواردة فى الدليل (وزارة الصحة، ١٩٩٣). تسـتخدم هذه الاستمارة من قبل المراكز الصحية لغـرض تقويم الأداء فى إطـار برنامج الجودة النوعية. وتبين هذه الاسـتمارة عدداً من المؤشـرات منها: بيانات السـكان فى منطقة المركز، والموارد البشـرية فى المركز، والإمكانـات الماديـة والتجهيزات ومواصفـات المبانى، وعدداً من المؤشـرات المتعلقة بأنشـطة الرعاية الصحية الأولية ومنها: مشاركة المجتمع، وصحة الطفل، والتطعيم، والإحالة، وضغط الدم المرتفع، والسكر، والأدوية الأساسية، والتوعية الصحية، ورعاية الأمومة، والأمراض السارية، وإصحاح البيئة.

النموذج النظرى للدراسة:

بالنظر إلـى ثلاثية دونابيديان لتقييـم جودة الرعاية الصحيـة الأولية، وعناصر الرعايـة الصحية الأولية فى المملكة، وبالاسترشـاد بالنماذج المسـتخدمة فى الدول الأخرى لتقييم الرعاية الصحية الأولية، فإن هذه الدراسة تستند إلى النموذج النظرى

الموضح فى الشكل رقم (٤). وكما يتضح من هذا الشكل، فإن قياس الجودة من منظور أطباء الرعاية الأولية يتضمن ثلاثة عناصر، هى:

١- المدخلات / البنية التحتية وموارد الرعاية الأولية.

٢- العمليات / الأنشطة والإجراءات الفنية والطبية والإدارية.

٣- المخرجات / المردود.

وتتضمن كل من هذه المحاور عناصر فرعية تم توضيحها فى الشكل رقم (٤).

الشكل رقم (٤)
النموذج النظرى للدراسة

المدخلات	←	العمليات	←	المخرجات
البنية التحتية والموارد:		**الأنشطة والإجراءات الفنية:** الأدوية، الأنشطة الفنية المساندة، صحة البيئة، التوعية الصحية.		**المردود:** المستوى الصحى للمجتمع، انتشار الأمراض المعدية، الإعاقة، الوفيات، صحة الأطفال، المسنين، تحسين صحة المرأة، الوعى الصحى، مشاركة المجتمع، صحة البيئة، استخدام الموارد الصحية، رضاء المجتمع عن الخدمات الصحية، المعلومات والتخطيط، التكامل والتنسيق.
التجهيزات المادية		**الأنشطة والإجراءات الطبية:** صحة الأمومة والأطفال، الأمراض المزمنة، الحالات الخاصة، الفحص الشامل، الاستشارة الطبية، الاستقلالية المهنية.		
القوى العاملة		**الأنشطة والإجراءات الإدارية:** التنسيق مع المستشفيات (الإحالة)، التنسيق لأغراض الصحة العامة، التخطيط والمعلومات، تقويم الأداء، المشاركة والتمكين.		

ثانياً - الدراسات السابقة فى المملكة العربية السعودية:

يوجد عدد من الدراسات التى سعت إلى تقييم بعض جوانب خدمات الرعاية الصحية الأولية فى المملكة. وسيتم عرض نتائج هذه الدراسات وفقاً للإطار النظرى للدراسة الحالية: المدخلات، العمليات، المخرجات.

دراسات تقييم المدخلات:

هناك بعض الدراسات التى سعت إلى تقييم مدخلات الرعاية الصحية الأولية بما فى ذلك البيئة التنظيمية والبنية التحتية، والظروف المحيطة بتقديم الرعاية عامة ومدى تأثيرها فى الجودة، ومثال ذلك المبنى والتجهيزات والميزانية المتاحة. تعد بيئة العمل ودافعية العاملين من العناصر المهمة لتحسين الأداء فى المنظمات الصحية. وقد بحث عدد من الدراسات جوانب مختلفة لبيئة العمل فى منظمات الرعاية الصحية الأولية ومنها دراسة قام بها (Kalantan et al., 1999) للرضاء الوظيفى للأطباء وهى تلقى الضوء على بعض المؤشرات المهمة المتعلقة بجودة الرعاية المقدمة. تشير الدراسة إلى أن (٨٣,٣٪) من الأطباء الذين شملتهم العينة لا يحملون مؤهلات عليا، وليس من بينهم من يحمل مؤهلاً عالياً فى مجال طب الأسرة والمجتمع، وأن ثلثهم تقريباً لا يتكلم اللغة العربية. كما أبدى معظم أفراد العينة عدم المقدرة على مواكبة المستجدات فى مجال الاختصاص وتطوير الذات بسبب ضيق الوقت وكثرة الأعباء، إضافة إلى وجود عوامل أخرى قد تحد من جودة الرعاية المقدمة، ومنها عدم توافر التجهيزات الطبية الأساسية وكثرة المرضى، وعدم القدرة على تطبيق الإجراءات الوقائية ومفاهيم الرعاية الصحية الأولية. وأخيراً أشار المبحوثون إلى أن الرعاية الصحية الأولية تحتل مكانة دونية مقارنةً ببقية التخصصات الطبية، كما أنها لا تحظى بالتقدير الكافى من المجتمع.

وتمثل ضغوط العمل لدى أطباء الرعاية الأولية مؤشراً مهماً لبيئة العمل فى هذا القطاع، وقد حددت إحدى الدراسات عدة مصادر لضغوط العمل بين الأطباء فى هذا القطاع منها: المطالب التى تفرضها طبيعة العمل على الحياة الأسرية (٥٠٪)، والعزلة المهنية (٤٠٪)، وبيئة العمل (٣٩٪)، وشكاوى ومطالب المرضى وعدم تقديرهم (٣٨-٥٠٪)، وتدنى مستوى الدخل (Al-Shammari, S., Khoja, T, Al-Subai, 1995). وإذ يمثل الأطباء الوافدون من الجنسيات المختلفة معظم أطباء هذا القطاع؛ فإن اختلاف الثقافات والأمور المتعلقة بالتعاقدات السنوية تعد مصادر مهمة للضغوط عليهم.

ولا شـك أن لموقع المركز الصحى تأثيراً فى بيئة العمل والقدرة على تحقيق الجودة فى الرعاية المقدمة، إذ إن هناك اختلافاً بين المراكز الصحية فى المدن والمراكز الصحية فى المناطـق النائية. ويشـير (Al-Khaldi, Sharif, Jamal, and Kisha, 2002) فى دراسـة مسـحية لفرق الرعاية الصحية فى المناطق الريفية فى جنوب المملكة إلى أن هذه الفرق تواجه عـدة صعوبات منها: نقص المرافق والإمكانيات الصحية، والعوائق الثقافية وصعوبة التواصل والتفاهم مع أفراد المجتمع، ووعورة الطرق، وتدنى مستوى الوعى، والعادات والتقاليد السلبية وعدم الالتزام بتعليمات الطبيب.

وتلعب الإدارة دوراً مهماً فى برامج تحسين الجودة من خلال السعى إلى تطبيق هذه البرامج وضمان اسـتمراريتها وتهيئة ثقافة المنظمـة لتدعيمها وتمكين العاملين ليكونوا عناصر فاعلة فيها. وعلى الرغم من شـح الدراسات التى أجريت على الجانب الإدارى للرعاية الصحية الأولية، إلا أن الدراسات المتوافرة تقدم معلومات مهمة فى هذا الصدد. فى دراسـة مسـحية لمشـرفى الرعاية الأولية تبين أن لدى معظمهم اطلاعاً على دليل الجـودة المعتمد من وزارة الصحة، وتصـوراً ملائماً لدورهم فى تطوير مهارات العاملين وتوجيههم، إلا أن نسـبة ضئيلة منهم لا تزال ترى أن مفهوم الإشـراف يعنى البحث عن الأخطاء وحل المشـكلات وانتقاد العاملين (Jarallah, J. and Khoja, T. 1998). كما وجدت الدراسة أن نسـبة كبيرة من المشرفين لم تتلقَ التدريب على المهارات الإدارية، وأن معظمهـم لا يحمل تأهيـلاً عالياً، هذا إلى جانب أن دورهـم محدود فيما يتعلق بوضع السياسـات والتخطيط واستقطاب العاملين. وتشـير دراسة أخرى إلى وجود معوقات تمنع المديرين فى مسـتويات مختلفة من أداء الدور المنشـود فى دعم تطبيق الرعاية الصحية الأولية ومنها: فقدان استقلالية القرارات، ونقص المعلومات، وارتفاع معدلات الدوران الوظيفى، وعدم مشـاركة المجتمع، وضغوط العمل، وقصور التنسيق، وعدم وضوح المسـئوليات والوصف الوظيفى، والتفاوت الملحوظ فى مهارات العاملين (Khoja, T., and Kabbash, I. 1997).

دراسات تقييم العمليات:

سـعى بعض الباحثين إلى تقييم أسـاليب العمل ورعاية المرضى بما فى ذلك دقة التوثيق فى السجلات الطبية، وجدولة المواعيد، وأخذ العينات، والإجراءات التشخيصية والعلاجية المختلفة، وأنماط وصف الأدوية، وأنماط تحويل المرضى، ومهارات الاتصال.

وقــد حظى موضوع المبالغــة فى صرف الأدوية وبخاصة المضـــادات الحيوية باهتمام الباحثين فى هذا المجال فى المملكة ومنهم (Ali et al., 1995) الذى بحث مبررات وصف الأدويــة فى مراكز الرعاية الصحيــة الأولية، ووجد أنه على الرغــم من وصف الدواء فـــى معظم الأحـــوال للمريض لدواع طبية، إلا أنه فى بعــض الأحيان (٣٤٪) يتم وصف الدواء بناء على رغبة المريض أو لمجرد إيجاد مبرر لزيارة الطبيب. كما تؤكد نتائج هذه الدراســـة أن معظم زيارات المراكز الصحية تنتهى بوصف الدواء (٩٥-٩٨٪)، وأن معظم هذه الوصفات تتضمن مضاداً حيوياً (٤١-٦٣٪). ويؤكد ذلك (Mahfouz et al., 1997) إذ وجد أن معظم زيارات المراكز الصحية تنتهى بوصف أكثر من دواء للمريض معظمها تتضمن مضادات حيوية.

فى دراســـة لتقييـــم نمط وصف الأدويـــة الطبية لدى الأطبـــاء العاملين فى مراكز الرعاية الصحية الأولية فى مدينـــة الرياض، وجد (AlFaris and Al-Taweel 1999) أن نمـــط وصف الأدوية والعلاجـــات فى مراكز الرعاية الأوليـــة بحاجة إلى المزيد من الاهتمـــام، إذ إن هناك مبالغة فى وصف المضـــادات الحيوية لنحو (٢٥٪) من المرضى الذين يعانون من أمراض الجهاز التنفســـى العلوى، وذلك بغض النظر عن مدى فعالية هذه المضـــادات وتكلفتها، إضافة إلى آثارها الضارة على الفرد والمجتمع نتيجة لتكوين جيـــل من البكتريـــا ذات المناعة ضد المضادات الحيوية المتوافـــرة؛ مما يحد من فعالية هذه المضادات مســـتقبلاً. كما وجـــد (AlFaris et al., 1999) درجـــة من المبالغة فى وصف الأدوية المضادة للحساسية (Antihistamines) وخاصة للأطفال على الرغم من المحاذير الطبية، إضافة إلى عدم ثبوت فعاليتها وإمكانية استخدامها للأطفال. وأخيراً وجدت الدراســـة أن هناك قصوراً فى التعامل مع الأمراض النفسية فى مراكز الرعاية الصحية الأولية، وأن أسباب ذلك تعود إلى عدم توافر التدريب الكافى لدى الأطباء فى هذا المجال، إضافة إلى قصور الأنظمة وخاصة فى ظل وجود حظر حكومى على صرف الأدوية الخاصة بالأمراض النفسية فى مراكز الرعاية الصحية الأولية.

وقد يكون من أســـباب الممارسات الطبية الســـلبية فى وصف الأدوية للمرضى هو عدم توافر المعلومات الكافية للأطباء، وعدم قدرتهم على مواكبة المستجدات العلمية. وهذا ما يؤكده (Ali et al., 1995)؛ إذ وجد أن نصف الأطباء تقريباً لا يحصلون على معلومات وافية حول الأدوية عامة، وأن نسبة منهم (٢-٨٪) تحصل على معلوماتها من مصادر محدودة منها الاجتماعات الدورية والمجلات ومندوبى المبيعات.

من ناحية أخرى، فإن مراكز الرعاية الصحية لا تزال غير قادرة على تلبية الاحتياجات المتعلقة بالصحة النفسية، وذلك لضعف تأهيل العاملين، إضافة إلى عدم شمول قائمة الأدوية الأساسية لوزارة الصحة للأدوية النفسية. وقد وجد (AlFaris et al., 1999) أن هناك قصوراً فى الرعاية المقدمة لحالات الأمراض النفسية فى مراكز الرعاية الصحية الأولية، وأن أسباب ذلك تعود إلى عدم توافر التدريب الكافى لدى الأطباء فى هذا المجال، إضافة إلى قصور الأنظمة وخاصة فى ظل وجود حظر حكومى على صرف الأدوية الخاصة بالأمراض النفسية فى مراكز الرعاية الصحية الأولية.

سعى بعض الباحثين إلى تقييم أنماط وأنظمة إحالة المرضى من مراكز الرعاية الصحية الأولية إلى المستشفيات، إذ تمثل إحالة المرضى لتلقى الرعاية فى المستشفيات سواء من خلال العيادات التخصصية أو التنويم أو إجراء الفحوصات التشخيصية أو غيرها - مقومات نجاح تطبيق الرعاية الصحية الأولية وتعزيز استمرارية الرعاية. وقد وجدت إحدى الدراسات التى أجريت فى منطقة عسير فروقات واضحة فى معدل الإحالة؛ مما يشير إلى اختلافات فردية فى أسلوب الممارسة من طبيب لآخر (Khattab et al., 1999). كما وجدت الدراسة اختلافاً فى معدلات التحويل بين التخصصات المختلفة مما يعد مؤشراً على الحاجة إلى تدريب بعض الأطباء للحد من التحويل غير المبرر للمستشفى. وأخيراً أشارت الدراسة إلى تدنى الاتصال والمراسلات والتوثيق بين المستشفى والمركز الصحى؛ مما يؤثر فى عملية متابعة العلاج والتكامل والتنسيق فيما بينهما.

لا تقل أهمية قياس جودة الجوانب الإنسانية والتواصل ما بين الطبيب والمريض عن الجوانب الإكلينيكية فى الرعاية الصحية الأولية؛ وذلك لما لها من دور فى تثقيف المريض وتوعيته وإرشاده وضمان التزامه بتعليمات الطبيب. قام (Al-Shammari, 1989) بدراسة حول جودة الاستشارة الطبية فى عدد من مراكز الرعاية الصحية الأولية تم فيها تقييم (١٢٢٢) استشارة طبية باستخدام عدد من المؤشرات أهمها مدة المقابلة ومجرياتها. أظهرت الدراسة أن مدة المقابلة تزيد نتيجة لعدد من العوامل التى لا ترتبط بالحالة المرضية، وذلك مثال كون المريض ذكراً، وكونه غير سعودى، وارتفاع مستواه التعليمى، وصغر عمر الطبيب. كما توصلت الدراسة إلى أن الأطباء فى هذه المراكز يقضون فى كتابة الوصفات الطبية وقتاً أطول مما يقضونه مع المريض، وأن (٧٦٪) من الزيارات للطبيب تنتهى بوصفة طبية، وأن (١١٪) منها تتطلب إجراء

فحوصات تشخيصية، وأن (٤٪) منها تنتهى بتحويل المريض إلى المستشفى. وأظهرت الدراسة قصور الاهتمام بالتوعية والتثقيف الصحى للمرضى فيما يتعلق بسلوكياتهم الصحية ومرضهم.

وفى دراسة مماثلة للاستشارات الطبية وجد (Al-Faris, Ea, et al.1994) أن متوسط الفترة التى تستغرقها الاستشارة الطبية يبلغ (٥,٥٨) دقيقة، وهى قصيرة مقارنةً بالمعايير العالمية. وأشارت الدراسة إلى عدم وجود اختلاف فى نتائج الاستشارة الطبية الطويلة عن القصيرة من حيث وصف الأدوية والفحوصات المخبرية والإحالة للمستشفى.

دراسات تقييم المخرجات:

يقصد بهذا النوع من الدراسات ذلك المعنى بتقييم النتائج النهائية للرعاية، ومدى انعكاسها على المستوى الصحى للمجتمع، ومن الأمثلة على ذلك: تحسين نتائج الرعاية، والتقليل من السلوكيات الصحية الخاطئة، تحسين المستوى الصحى، وتحقيق رضاء المستفيدين، استمرارية الرعاية، القضاء على الأخطاء، نسبة الأطفال المحصنين. ومن الملاحظ شح الدراسات من هذا النوع، وتركيز المتوافر منها على جانب واحد وهو استقصاء آراء المستفيدين. ركز عدد من الدراسات على رضاء المستفيدين عن خدمات الرعاية الأولية، وتم فحص العديد من المؤشرات كما هو مبين فى الشكل رقم (٥).

أجرت (Mansour and Al-Osaimi, 1993) دراسة نوعية لاستقصاء آراء مراجعى مراكز الرعاية الصحية الأولية. أبدى أفراد العينة عدم رضاهم عن عدة جوانب من الرعاية الصحية الأولية وهى: القدرة على متابعة العلاج مع الطبيب نفسه، وأسلوب تسجيل التاريخ المرضى، والتثقيف الصحى، وكفاءة العاملين، والتجهيزات المتوافرة.

الشكل رقم (٥)

المحاور التى شملتها دراسات رضاء المرضى عن الرعاية الصحية الأولية فى المملكة العربية السعودية

المحور	مؤشرات الجودة
خدمات الأطباء	متابعة العلاج مع الطبيب نفسه، دقة واكتمال الفحص السريرى
مهارات الاتصال	قدرة الأطباء على التواصل والاستماع لشكوى المريض، الشرح المقدم من الطبيب، عائق اللغة
نتائج العلاج	نتائج العلاج وفعاليته
انتظار المرضى	مدة انتظار المرضى
التثقيف الصحى	التثقيف الصحى الذى يقدمه الممرضون استخدام الوسائل السمعبصرية فى التثقيف الصحى
التجهيزات	كفاية التجهيزات وعدد العاملين
الإحالة	تلبية رغبة المريض بالموافقة على إحالته للمستشفى
الفحوصات المخبرية	تلبية رغبة المريض بإجراء فحوصات مخبرية
الأدوية	توافر الأدوية
أماكن الانتظار	ملاءمة أماكن انتظار المرضى
سهولة الحصول على الخدمة	بعد المسافة إلى المركز ساعات العمل توافر عيادات متخصصة
المبنى	ملاءمة المبنى (مستأجر أم مبنى)
التعامل الإنسانى وتعاون الموظفين	أسلوب العاملين
رضاء المرضى بشكل عام	مستويات الرضاء

وفى دراســة أخرى لرضاء المرضى عن خدمات الرعاية الصحية الأولية فى مدينة الرياض، وجد (Ali and Mahmmoud, 1993) أن (٤٠٪) من المرضى غير راضين عن هذه الخدمات، وأن (٣٠٪) من هؤلاء يشـكون من بعد المسـافة، ونحو (٢٠٪) من عدم ملاءمة سـاعات عمل المركز، و(٤٠٪) من عدم وجود عيادات تخصصية، و(٢٠٪) من وجـود عائق اللغة مع الأطباء، (٦٤٪) من التأخير وطول الانتظار، ونحو (٤٠٪) من أن الطبيب لم يشرح لهم طبيعة مرضهم بشكل وافٍ.

كمـا وجـد (Al-Faris, Khoja, Falouda, and Saeed, 1996) أن معدلات رضاء المرضى عن خدمات الرعاية الصحية الأولية عالية تصل إلى (٩٠٪). من أهم مقومات الرضاء حسـب الدراسـة: تعاطف الأطباء، ودقة الفحص السريرى، وحسن الإصغاء لشـكوى المرضى ومشـكلاتهم. أما الجوانب التى تدنت عنهـا درجات الرضاء فهى: مهـارات الاتصال لدى الأطباء وأهمها إعطاء المريض الشـرح الكافـى، وعائق اللغة وخاصة مع الممرضـين، وعدم التنظيم، وعدم التعاون، وازدحام المركز الصحى، وعدم وجود نظـام للمواعيد، ونقص الأدويـة، وتدنى خدمات المختبر، وزيـادة مدة انتظار المريض إلى ما يقارب الساعة، وقصر مدة الاستشارة الطبية.

أجريت دراسـة أخرى حول رضاء المرضى عـن الرعاية الصحية الأولية فى مدينة القطيف قـام بها (Qatari, and Haran,.1999). ووجدت الدراسـة درجة عالية من الرضـاء عن تعامل العامـلين (٩٦٪)، وعن نتائج الرعاية (٨٨٪)، فى حين يقل الرضاء عـن طول الانتظار فى المركـز (٧٥٪)، وعن تجهيزات غرفة انتظـار المرضى (٥٨٪)، ومواصفات مبنى المركز (٦٤٪)، وعن شرح الطبيب للمريض (٦٤٪).

قام (Abdalla , Badreldin , Al-Doghaither; 2001) بدراسة مسحية باستخدام الاسـتبانة لقياس رضاء المرضى عن خدمات الرعاية الصحية الأولية لعينة مكونة من (٥٤٠) من مراجعى ثمانية من المراكز الصحية فى مدينة الرياض. أظهرت الدراسـة وجـود درجة معتدلـة من الرضاء عن الرعاية الصحية الأوليـة؛ إذ بلغ معدل الرضاء الكلى (٣,٧٧ من خمس نقاط)، وقد كانت أعلى درجات الرضاء عن مناقشة الجوانب النفسـية والاجتماعية من مشكلات المريض (٢,٩٦)، واشتكى البعض من بعد المسافة إلـى المركز الصحى (٣٩٪). وتفاوتـت درجات الرضاء عن عناصـر الرعاية، إذ بلغ معـدل الرضاء عن خدمات الأطباء (٢,٥٤ من خمس نقاط)، وبلغ معدل الرضاء عن

قدرة الطبيب على الإصغاء لشكوى المريض (٢,٢). كما أظهرت الدراسة أن مهارات الاتصال لدى مقدمى الرعاية تمثل أهم محددات الرضاء عند المرضى، يليها المهارات الفنية للأطباء، ثم تلبية الطبيب لرغبة المريض بطلب المزيد من الفحوصات أو إحالته إلى العيادات التخصصية.

وفى منطقة عسير أجريت دراسة نوعية قام بها (Mahfouz, Al-Sharif, El-Gama, Kisha , 2004) باستخدام المقابلات الشخصية مع عينة من (٢٥٣) من المسنين (أكبر من ٦٠ عاماً) من مراجعى (٢٦) من المراكز الصحية. وجدت الدراسة أن نسبة كبيرة من هؤلاء قدرها (٨٠٪) راضية عن الخدمات المقدمة فى المراكز الصحية، أما أهم أسباب عدم الرضاء فهى: عدم استخدام الوسائل السمعبصرية فى التثقيف الصحى (٦٥٪)، طول الوقت الذى يقضيه فى المركز الصحى (٤٦٪)، وعدم توافر العيادات التخصصية (٤٢,٥٪).

وفى مدينة حائل قام (Abdullah, Saeed, Magzoub, and Reenik, 2005) بدراسة حول رضاء المرضى عن مراكز الرعاية الصحية الأولية، وجد فيها مستويات متوسطة من الرضاء (٧٣٪)، وجاءت أعلى مستويات الرضاء عن خدمات الأطباء (٤,٤) وأقلها عن المختبر (٢,٦٧). كما تدنت درجات الرضاء عن الرعاية الطارئة للأسنان، وغرفة انتظار المريضات، وتوافر الأدوية، وقدرة الأطباء على التواصل والاستماع لشكوى المريض.

الفصل الثالث
الإطار المنهجى

مجتمع وعينة الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة المستهدف من الأطباء العاملين فى مراكز الرعاية الصحية الأولية فى مناطق المملكة المختلفة البالغ عددهم (٤٦٣٩) وفقاً لإحصاءات وزارة الصحة لعام ١٤٢٣هـ، ويبين الجدول رقم (١) توزيعهم وفقاً للجنس والجنسية.

الجدول رقم (١)

توزيع الأطباء العاملين فى مراكز الرعاية الصحية الأولية وفقاً للجنس والجنسية

الجنسية / الجنس	سعودى	غير سعودى	المجموع
ذكر	٢٥٣	٢٩٤٦	٣١٩٩ (٦٩٪)
أنثى	٣٥٠	١٠٩٠	١٤٤٠ (٣١٪)
المجموع	٦٠٣ (١٣٪)	٤٠٣٦ (٨٧٪)	٤٦٣٩

المصدر: وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية: التقرير الصحى السنوى ١٤٢٣هـ.

ولتحقيق أهداف الدراسة والإجابة عن أسئلتها فى ظل الإمكانات المتاحة للباحث، ومحاكاةً لواقع انتشار أفراد مجتمع المستهدفين فى المناطق الصحية بالمملكة العربية السعودية، وتفهماً لثقافة تعامل أفراد المجتمع مع استبانات الدراسات الميدانية عموماً، تم سحب عينة الدراسة باستخدام أسلوب المعاينة متعددة المراحل (Multistage Sampling Technique) وهو يقصد به (استخدام أساليب معاينة مختلفة وذلك طبقاً لطبيعة أفراد مجتمع كل مرحلة). وعليه تم تحديد عدد مراحل أسلوب المعاينة المناسب للدراسة الحالية بثلاث مراحل، هى: مرحلة اختيار المنطقة الصحية، ومرحلة اختيار مركز الرعاية الصحية الأولية، ومرحلة اختيار الطبيب. وتم تحديد أسلوب المعاينة المناسب لاختيار أفراد كل مرحلة من المراحل السابقة على النحو التالى:

١- أسلوب المعاينة العنقودية (Cluster Sampling) لاختيار أفراد عينة المناطق الصحية، وذلك باعتبار أن كل منطقة من المناطق الصحية فى المملكة وحدة مستقلة (عنقود)، ومن ثم اختيار عينة عشوائية بسيطة منها. وقد تم اختيار ست مناطق صحية من مجموع المناطق العشرين.

٢- أسلوب المعاينة العشوائية البسيطة لاختيار المراكز الصحية وذلك بالتنسيق مع الجهات المختصة، والحصول على قوائم بأسماء المراكز الصحية فى كل منطقة، ومن ثم اختيار عدد من هذه المراكز بحيث يمثل إجمالى الأطباء العاملين فيها (٢٥٪) من الأطباء العاملين فى المنطقة.

٣- توزيع الاستبانة على جميع الأطباء العاملين فى المراكز الصحية التى تم اختيارها.

أما تحديد حجم العينة فقد تمت عدة محاولات لعمل موازنة بين نسبة الخطأ والتكلفة، وللوصول إلى حجم معقول للعينة تم تطبيق المعادلة التالية:

$$n = \frac{z^2 p(1-p)}{d^2}$$

حيث:

(n) حجم العينة.

(P) النسبة التقديرية لسمة معينة فى المجتمع المستهدف وهى تمثل هنا نسبة رضا الأطباء عن خدمات الرعاية الصحية الأولية فى المجتمع، ومن الطبيعى أن تكون قيمة (p) غير معلومة، لذلك فإننا إما أن نقوم بتقدير هذه النسبة من عينة استطلاعية، وإما أن نستعيض عنها بالقيمة (٠,٥) التى تعطى أكبر حجم ممكن للعينة.

(d) خطأ المعاينة المسموح به عند تقدير نسبة المجتمع (درجة الدقة المطلوبة)، وتقدر عادة بأى قيمة محصورة ما بين (٠,٠٥ و٠,٠١)

(Z) القيمة الجدولية المستخرجة من جدول التوزيع الطبيعى بمستوى ثقة معين، وعموماً فإن قيمة (z) تقدر بـ (١,٩٦) إذا كان مستوى الثقة (٩٥٪) وتقدر بـ (٢,٥٨) إذا كان مستوى الثقة (٩٩٪).

وبافتـــراض أن درجة الثقة المطلوبة هـى (٩٥٪) ومن ثـــم فإن (z) تقدر بـ (١,٩٦)، وبافتراض أن نســـبة الخطاء المقبولة هى (٤٪) بمعنى أن (d) تقدر بـ (٠,٠٤)، ومن ثم يصبح حجم العينة هو:

$$n = \frac{(1.96)^2\ (0.05)\ (0.50)}{(0.04)^2} = 600$$

وحيث إن (N) وهى عدد الأطبــاء العاملين فى مراكز الرعاية الصحية الأولية فى مناطق المملكة المختلفة (مجتمع الدراسة) ٤٦٣٩ طبيباً، وأن نسبة المعاينة:

$$\frac{n}{N} = \frac{600}{4639}\ \ 0.1216 \geq 0.05$$

ومـــن ثم فإن حجم العينة (٦٠٠) هذا يكـــون مبدئياً، وللوصول للحجم النهائى نتبع المعادلة التالية، ويكون الحجم النهائى للعينة هو (٥٣٥) طبيباً.

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} = \frac{600}{1 + \frac{600}{4639}} = \frac{600}{1 + 0.1216} = 535$$

وكما يوضح الجدول رقم (٢)، فإن حجم العينة المستهدفة هو (٦٠٠) طبيب، ولكن عدد المشاركين الفعليين فى الدراسة هو (٣٧٧) طبيباً بنسبة رجيع للاستبانات بلغت (٦٢,٣٪) من إجمالى الاستبانات المرسلة. وتقع نسبة الرجيع هذه فى نطاق الجودة المتوسطة.

الجدول رقم (٢)
عدد الاستبانات الموزعة ونسبة الراجع منها حسب المناطق

م	اسم المركز الصحى	عدد المراكز الصحية	عدد الأطباء	عدد المرسل	عدد الواصل
١	منطقة الرياض	٣٢٦	٩٠٢	٢٦٥	١٤٩
٢	الشئون الصحية بالمنطقة الشرقية	١١٢	٤٠١	١٠٠	٩٧
٣	الشئون الصحية بمنطقة الجوف	٢٩	٧٥	٣٠	١٢
٤	الشئون الصحية بمنطقة عسير	٢١٥	٣٩٥	١٠٠	١٠٠
٥	الشئون الصحية بمحافظة جدة	٧٥	٣١٥	٧٠	٠
٦	الشئون الصحية بمنطقة تبوك	٤٥	١٠٨	٣٥	١٩
	المجموع	٨٠٢	٢١٩٦	٦٠٠	٣٧٧ (٦٢,٣٪)

جمع البيانات:

تم جمع المعلومات الخاصة بهذه الدراسة على ثلاث مراحل، هى:

المرحلة الأولى - مراجعة الأدبيات:

تمت مراجعة الأدبيات ذات العلاقة بموضوع الدراسة بالتركيز على الدراسات المختصة بقياس الرعاية الصحية الأولية، سواء فى المملكة العربية السعودية أو فى بعض الدول التى تطبق هذا النظام كالمملكة المتحدة وأستراليا. كما تمت دراسة الأدبيات المتعلقة بالرعاية الصحية الأولية فى المملكة لتحديد أهم خصائصها ووضع أهم مؤشرات أداء هذا القطاع.

المرحلة الثانية - المقابلة الشخصية:

تم إجراء عدد من المقابلات الشخصية مع مجموعة من فئات العاملين المختلفة فى مجال الرعاية الصحية الأولية، إضافة إلى مجموعة من المستفيدين، وذلك لبلورة ما تم التوصل إليه من خلال الأدبيات وتحديد المزيد من المؤشرات، وإيجاد نموذج متكامل لقياس أداء هذه الخدمات من منظور مقدمى الخدمة أخذاً بالاعتبار معطيات الواقع المحلى.

المرحلة الثالثة – الاستبانة:

بالاسترشـــاد بنتائج دراسة الأدبيات والمقابلات الشـخصية، تم إعداد أداة خاصة لتقييـــم خدمات الرعاية الصحية الأولية فى المملكة مـــن وجهة نظر الأطباء العاملين فى هذا المجال. وقد تم إخضاع الأداة لسلســـلة مـــن الاختبارات للتحقق من صدقها وثباتهـــا؛ وذلك بعرضها علـــى مجموعة من الأكاديميين والممارســـين فى هذا المجال. كما عرضت الاســـتبانة على مجموعة مختـــارة عددها ثمانية من الأطباء العاملين فى ثلاثـــة مراكز صحية فى مدينة الرياض، وذلك لتجربتها وتقييم مدى وضوح الأســـئلة وشمولها وقياسها لما ينبغى قياسه. وبناء على الملاحظات الواردة والتعديلات المقترحة تمت صياغة الاســـتبانة بشكلها النهائى. وقد تم قياس درجة الثبات الإجمالية للأداة باستخدام معامل ألفا كرونباخ الذى بلغ (٠,٩٧) وهى نسبة عالية.

المقاييس:

تضمنت أداة جمع المعلومات ستة مقاييس، هى:

١- البنية التحتية وموارد الرعاية الصحية الأولية: شـــمل هذا الجزء ستة عشر بنداً تقيس وجهة نظر الأطباء حول مدى توافر الإمكانات والتجهيزات المادية والبشرية اللازمة لتقديم الرعاية الصحية الأولية.

٢- تقييم الأنشـــطة والإجراءات الفنية: تضمن ســـتة عشر بنداً تقيس تقييم الأطباء للأنشـــطة والإجـــراءات الفنيـــة المختلفة، بما فـــى ذلك إجراءات حفـــظ الأدوية والفحوصات التشـــخيصية واحتياطات الوقاية من العـــدوى وإجراءات التمريض وإجراءات التوعية الصحية.

٣- تقييم الأنشـــطة والإجراءات الطبية: يتضمن عشـــرين بنداً تقيس تقييم الأطباء للإجراءات والأنشـــطة الطبية المتعلقة بالأمراض والمشـــكلات الصحية الشائعة، والإجراءات الروتينية كالفحص الســـريرى والتاريخ المرضى والقدرة على التواصل مع المرضى.

٤- تقييم الأنشطة والإجراءات الإدارية: يتضمن تسعة عشر بنداً تقيس تقييم الأطباء الجوانـــب الإدارية والتنظيمية المختلفة فى مراكـــز الرعاية الأولية ومنها إجراءات الإحالة، والتكامل والتنســـيق مع الجهات الأخرى، وأســـاليب تقويم الأداء، وإدارة الجودة، ومشاركة المجتمع.

٥- تقييم مردود خدمات الرعاية الصحية الأولية: يتضمن عشرين بنداً تقيس مردود الرعاية الصحية الأولية من الجوانب المختلفة، ومنها تحسين المستوى الصحى للمجتمع، ومكافحة الأمراض المعدية، ورفع الوعى الصحى، وصحة المسنين، وصحة البيئة، وصحة الأمومة والطفولة، وتحقيق مشاركة المجتمع.

٦- المعلومات الشخصية: تشمل تسعة بنود حول الخصائص الشخصية كالعمر والجنس والجنسية، إضافة إلى التخصص والتدريب فى مجال الرعاية الأولية.

تحليل البيانات:

للإجابة عن أسئلة الدراسة تم استخدام برنامج (SPSS) لإجراء الأساليب الإحصائية التالية:

- للتعرف على خصائص عينة الدراسة وتقييم الأطباء لجوانب الرعاية الأولية المختلفة؛ تم استخدام الإحصاءات الوصفية بما فى ذلك التكرارات والنسب المئوية والوسط الحسابى والانحراف المعيارى.
- لاختبار العلاقة بين كل من المدخلات والعمليات مع مردود الرعاية الصحية الأولية؛ تم استخدام تحليل الارتباط.
- ولتحديد معالم هذه العلاقة؛ تم استخدام تحليل الانحدار الخطى المتدرج.

الفصل الرابع
تحليل البيانات

أولاً - خصائص عينة الدراسة:

توزيع العينة تبعاً للمنطقة الجغرافية:

يبين الجدول رقم (٣) التوزيع الجغرافى لعينة الدراسة. كما يتضح من هذا الجدول؛ فإن أعلى نسبة للأطباء المشاركين فى الدراسة هى (٣٩,٥٪) من منطقة الرياض، يليها الأطباء فى منطقة عسير بنسبة (٢٦,٥٪)، ثم فى المنطقة الشرقية بنسبة (٢٥,٨٪)، وأقل النسب كانت عن منطقة الجوف (٣,٢٪).

الجدول رقم (٣)
توزيع العينة تبعاً للمنطقة الجغرافية

المنطقة	التكرار	النسبة
الرياض	١٤٩	٣٩,٥
الشرقية	٩٧	٢٥,٨
عسير	١٠٠	٢٦,٥
الجوف	١٢	٣,٢
تبوك	١٩	٥
الإجمالى	٣٧٧	١٠٠

توزيع العينة تبعاً للخصائص الشخصية:

يبين الجدول رقم (٤) الخصائص الشخصية لأفراد العينة متضمنة النوع، والحالة الاجتماعية والجنسية والعمر. وكما يتضح من هذا الجدول فإن أغلبية المشاركين فى الدراسة من الذكور، إذ يبلغ عددهم (٢٤٨) طبيباً بنسبة (٦٧٪)، مقابل (١٢٠) من الإناث، بنسبة (٣٢٪). أما الجنسية فإن الأغلبية هى من الجنسيات العربية وهم يمثلون (٥٥٪) من إجمالى العينة، يليهم الجنسيات الآسيوية وهم تمثل ثلث العينة تقريباً، يليهم السعوديون وعددهم (٣٩) طبيباً وطبيبة يمثلون (١٠٪) من إجمالى العينة. وكما يتضح من بيانات مجتمع الدراسة، فإن نسبة الذكور إلى الإناث متقاربة

فى عينة الدراســـة مع مجتمعها، وكذلك نســبة الســعوديين إلى غير السعوديين، مما يشير إلى أن العينة ممثلة لمجتمع الدراسة.

ومن حيث العمر نجد أن (٢٦٪) تقريباً من أفراد العينة يقعون فى الفئة العمرية (٣٠ إلى أقل من ٤٠) سنة، يليهم نسبة مقاربة فى الفئة العمرية (٤٠ إلى أقل من ٥٠) سنة. ومن حيث الحالة الاجتماعية نجد أن أغلبية المشاركين فى الدراسة من المتزوجين بنسبة (٩٢٪).

الجدول رقم (٤)

الخصائص الشخصية لأفراد العينة

المتغير		التكرار	النسبة المئوية
النوع	ذكر	٢٤٨	٦٧
	أنثى	١٢٠	٣٢
	الإجمالى	٣٦٨	٩٩
العمر	أقل من ٣٠ سنة	٢٧	٧,٢
	من ٣٠ إلى أقل من ٤٠	٩٧	٢٦
	من ٤٠ إلى أقل من ٥٠	٩٥	٢٥,٤
	٥٠ فأكثر	٣٤	٩,١
	الإجمالى	٢٥٣	٦٨
الحالة الاجتماعية	متزوج	٣٤٥	٩٢
	غير متزوج	٢٤	٦,٤
	الإجمالى	٣٦٩	٩٩
الجنسية	سعودى	٣٩	١٠,٤
	عربى	٢٠٥	٥٥
	آسيوى	١١٧	٣١,٢
	إفريقى	٥	١,٣
	أخرى	٥	١,٣
	الإجمالى	٣٧١	١٠٠

توزيع العينة تبعاً للخصائص المهنية:

يبين الجدول رقم (٥) الخصائص المهنية لأفراد العينة وهى تشمل: التخصص، والتدريب فى مجال الرعاية الأولية، والمهام الإضافية، والمؤهلات، وعدد سنوات الخبرة والراتب الشهرى. لو نظرنا فى البداية إلى التخصص نجد أن الغالبية العظمى (٦٠٪) غير متخصصين، أى يمارسون الطب العام، يلى ذلك أطباء الأسنان ونسبتهم (١٢٪)، ثم أطباء الأطفال بنسبة (٥٪)، وأطباء الأسرة والمجتمع بنسبة (٣,٧٪) وأطباء النساء والولادة بنسبة (٣,٢٪).

ومن حيث المؤهلات العليا نجد أن أغلبية المشاركين فى الدراسة (٧٣٪) لا يحملون أى مؤهلات عليا بعد حصولهم على درجة البكالوريوس فى الطب والجراحة. وتحمل مجموعة قليلة من الأطباء بعض الدرجات العليا، ومن ذلك درجة الدبلوم بنسبة (١٤,٤٪) والماجستير بنسبة (٨,٨٪)، والدكتوراه بنسبة (٢,٤٪).

وفيما يتعلق بالتدريب فى مجال الرعاية الصحية الأولية نجد أن ما نسبته (٤٠٪) تلقوا تدريباً كافياً، فى حين أشار (١٧٪) إلى أنهم لم يتلقوا أى تدريب، وأشار ما نسبته (٣٧٪) إلى أنهم لم يتلقوا التدريب الكافى.

وفيما إذا كان الأطباء يمارسون أى مهام إضافية إلى جانب عملهم الإكلينيكى، نجد أن نسبة كبيرة تصل إلى (٢٨٪) تقوم بمهام المدير الفنى، وأن (١٦٪) هم أطباء وقائيون، وأن (٢١٪) منهم يمارسون مهام أخرى. ومن حيث الخبرة الوظيفية نجد أن (٢٢٪) من الأطباء خبرتهم لا تقل عن خمس سنوات، وأن (٢٣٪) لديهم خبرة تراوح بين (١١ إلى ١٥) سنة، و(٢١,٨٪) لديهم خبرة تراوح بين (٥ إلى ١٠) سنوات، و(٢٠,٦٪) لديهم خبرة وظيفية تراوح بين (١٦) و(٢٠) عاماً.

وفيما يتعلق بالراتب الشهرى نجد أن الغالبية (٤٢,٤٪) تتلقى راتباً شهرياً يراوح بين (٤٠٠٠-٥٠٠٠ ريال)، يلى ذلك ما نسبته (٣٠,٧٪) من الأطباء يتلقون راتباً شهرياً يراوح بين (٥٠٠٠-٦٠٠٠ ريال). فى حين يتلقى (١٦٪) من الأطباء تقريباً راتباً شهرياً يقل عن (٤٠٠٠ ريال). وأخيراً فإن نسبة ضئيلة جداً من الأطباء (١,٥٪) تتلقى راتباً شهرياً يفوق (٧٠٠٠ ريال).

الجدول رقم (٥)
الخصائص المهنية لأفراد العينة

المتغير		التكرار	النسبة المئوية
التخصص	طبيب عام	٢٢٨	٦٠,٨
	طبيب أسنان	٤٨	١٢,٨
	طب الأطفال	١٩	٥,١
	طب الأسرة والمجتمع	١٤	٣,٧
	النساء والولادة	١٢	٣,٢
	أخرى	٢٩	٧,٧
	الإجمالى	٣٥٠	٩٣,٣
المؤهلات	دكتوراه	٩	٢,٤
	ماجستير	٣٣	٨,٨
	دبلوم دراسات عليا	٥٤	١٤,٤
	بكالوريوس	٢٧٤	٧٣
	الإجمالى	٣٧٠	٩٨,٧
التدريب فى مجال الرعاية الصحية الأولية	لم أتلقَ أى تدريب	٦٥	١٧,٣
	تلقيت قليلاً من التدريب	١٤٢	٣٧,٩
	تلقيت تدريباً كافياً	١٦٣	٤٣,٥
	الإجمالى	٣٧٠	٩٨,٧
المهام الإضافية	مدير فنى للمركز	١٠٦	٢٨,٣
	طبيب وقائى بالمركز	٦٠	١٦
	مهام أخرى	٨٠	٢١,٣
	الإجمالى	٢٤٦	٦٥,٦
عدد سنوات الخبرة	أقل من ٥ سنوات	٨٠	٢٢,٦
	من ٥ إلى ١٠ سنوات	٧٧	٢١,٨
	من ١١ إلى ١٥ سنة	٧٤	٢٢
	من ١٦ إلى ٢٠ سنة	٧٣	٢٠,٦
	من ٢١ سنة إلى ٢٥ سنة	٢٨	٧,٩
	أكثر من ٢٥ سنة	١٨	٥,١
الراتب الشهرى	٤٠٠٠ ريال فأقل	٥٢	١٦,١
	أكثر من ٤٠٠٠ إلى ٥٠٠٠ ريال	١٣٧	٤٢,٤
	أكثر من ٥٠٠٠ إلى ٦٠٠٠ ريال	٩٩	٣٠,٧
	أكثر من ٦٠٠٠ إلى ٧٠٠٠ ريال	٣٠	٩,٣
	أكثر من ٧٠٠٠ ريال	٥	١,٥

ثانياً - تقييم الأطباء للرعاية الصحية الأولية:

للتعـرف على تقييم الأطباء فـى المراكز الصحية للعناصر الرئيسـة المختلفة فى الإطـار النظرى للدراسـة وهـى: البنية التحتية ومـوارد الرعايـة الصحية الأولية، والأنشطة والإجراءات الفنية، والأنشـطة والإجراءات الطبية، والأنشطة والإجراءات الإداريـة، ومـردود الرعاية الأولية - تم احتسـاب الإحصـاءات الوصفية المبينة فى الجـدول رقـم (٦). وكما يتضح من هذا الجدول فإن أعلى تقييم كان عن الأنشـطة والإجراءات الطبية بمتوسط حسابى قدره (٧٨,٢٪). أما أقل درجات التقييم فكانت للبنية التحتية وموارد الرعاية الصحية الأولية التى بلغ متوسطها الحسابى (٧٠,٦٪). وجاء تقييم مردود الرعاية الصحية الأولية متوسطاً بمعدل (٧٥٪).

الجدول رقم (٦)

تقييم المدخلات والعمليات ومردود الرعاية الصحية الأولية

محاور التقييم	الوسط الحسابى	الوسيط	الانحراف المعيارى
البنية التحتية وموارد الرعاية الأولية	٧٠,٦٪	٧١,١٪	٩,٨
الأنشطة والإجراءات الفنية	٧٦,٥٪	٧٦,٩٪	٩,٩
الأنشطة والإجراءات الطبية	٧٨,٢٪	٧٨,٥٪	٨,٦
الأنشطة والإجراءات الإدارية	٧٢,٢٪	٧٢,٨٪	١٢,٤
مردود الرعاية الصحية الأولية	٧٥,٦٪	٧٧,٠٪	١٠,٧

تقييم البنية التحتية وموارد الرعاية الأولية:

يتعلق الجزء الأول من الاستبانة بتقييم الأطباء للبنية التحتية وموارد الرعاية الصحية الأولية الذى يتم قياسه باستخدام المتوسط الحسابى الإجمالى لهذا العنصر، بالإضافة إلى النسـب المئوية لاستجابات أفراد العينة لبنود هذا الجزء من الاستبانة مصنفة فى فئتين: التجهيزات المادية والقوى العاملة كما هو مبين فى الجدول رقم (٧).

الجدول رقم (٧)
تقييم البنية التحتية وموارد الرعاية الصحية الأولية

المحور	العبـــارات	ضعيف جداً	جيد	ممتاز
التجهيزات المادية	١- توافر التجهيزات المناسبة فى غرف فحص المرضى.	٢٢,٧	٤١,٩	٣٤,٩
	٢- توافر التجهيزات المناسبة فى المختبر وفى قسم الأشعة.	٢٧,٣**	٣٢	٢٤,٥
	٣- توافر أجهزة الحاسب الآلى لإدخال وتحليل البيانات الإحصائية.	٦٧,٥**	١٤,١	١٣,١
	٤- توافر التجهيزات المناسبة لأنشطة صحة البيئة.	٦٠,٥**	٢١,٦	١٢,٥
	٥- توافر التجهيزات المناسبة فى غرف انتظار المرضى.	٥٢,٨**	٢٦,٩	١٩,٧
	٦- توافر الأدوية والمواد الطبية ذات الجودة العالية.	٢٨,٣	٣٨,٥	٣٢
	٧- توافر التجهيزات المناسبة لحفظ الأدوية والمواد واللقاحات.	٥,٣	٢٠,٥	٧٣,٦*
	٨- توافر التمويل المناسب لأنشطة التوعية الصحية.	٦٥,٩**	٢٠,٣	١٠,٧
	٩- توافر وسائل المواصلات المناسبة لتنقلات الفريق الصحى.	٦١,٩**	١٩,٢	١٦
القوى العاملة	١٠- توافر ممرضين مؤهلين.	٢٠	٣٣,١	٤٦,١
	١١- توافر طاقم فنى مؤهل (الصيدلية، المختبر ...).	١٣,٦	٣٠,١	٥٤,٩*
	١٢- توافر طاقم إدارى مؤهل.	٢٣,٧	٢٥٩	٤٩,٣
	١٣- توافر أطباء مؤهلين.	٦,٧	٢٢,١	٧٠,١*
	١٤- إتاحة الفرصة للالتحاق ببرامج تدريبية فى مجال الرعاية الصحية الأولية.	٥٢,٨**	٢٢,٧	٢٣,٧
	١٥- إتاحة الفرصة لحضور الندوات فى مجال الرعاية الصحية الأولية.	٥٤**	٢٠,٣	٢٥,١
	١٦- إلمام العاملين بأهداف وأساليب الرعاية الصحية الأولية.	٢٥,٩	٢٩,٦	٤٤,٣
الوسط الحسابى = ٧٠,٦٪	**الوسيط = ٧١,١٪**	**الانحراف المعيارى = ٩,٨**		

* تعنى أن النسبة **أعلى** من (٥١٪) عند مستوى معنوية (٠,٠٥ = α).

** تعنى أن النسبة **أعلى** من (٣٣٪) عند مستوى معنوية (٠,٠٥ = α).

إذا نظرنا فى البداية إلى تقييم البنية التحتية وموارد الرعاية الصحية الأولية من خلال المتوسط الحسـابى لاستجابات الأطباء على بنود هذا المحور نجد أنها حصلت على درجة (متوسطة) فى التقييم (٧٠,٦٪، بانحراف معيارى ٩,٧). وهناك تباين واضح فى درجات التقييم لبنود هذا المقياس إذ كانت أعلى درجة للبند رقم (٧) "توافر التجهيزات المناسـبة لحفـظ الأدوية والمواد واللقاحات"، وهو حصل على تقييم (ممتاز) من (٧٣,٦٪) من أفراد العينـة. وجاءت أقل درجات التقييم للبند رقم (٣) "توافر أجهزة الحاسـب الآلى لإدخال وتحليل البيانات الإحصائية"، وأعطى درجة (ضعيف) من قبل (٦٧,٥٪) أفراد العينة.

ولو نظرنا إلـى التجهيزات المادية نجد أن أعلى الدرجات كانت عن البند رقم (٧) (وهى درجة ذات دلالة معنوية عند مستوى دلالة ٠,٠٥)، يلى ذلك البند رقم (١) "توافر التجهيزات المناسبة فى غرف فحص المرضى"، ثم البند رقم (٦) "توافر الأدوية والمواد الطبيـة ذات الجودة العالية". أما أقل الدرجات فكانت لأربعة بنود وهى على التوالى: البند رقم (٣) "توافر أجهزة الحاسب الآلى لإدخال وتحليل البيانات الإحصائية" بنسبة (٦٧,٥٪)، ورقم (٨) "توافر التمويل المناسب لأنشطة التوعية الصحية" بنسبة (٦٦٪)، والبند رقم (٩) "توافر وسـائل المواصلات المناسـبة لتنقلات الفريق الصحى" بنسـبة (٦٢٪)، ورقم (٤) "توافر التجهيزات المناسـبة لأنشطة صحة البيئة" بنسبة (٦٠,٥٪) (وهى جميعها ذات دلالة معنوية عند مستوى دلالة ٠,٠٥).

وفيما يتعلق بالقوى العاملة نجد أن درجات التقييم فى مجملها أعلى نسبياً من تقييم التجهيزات المادية. وقد جاءت أعلى درجات التقييم فى هذا المحور عن البند رقم (١٣) "توافـر أطباء مؤهلين" وقد حظـى بدرجة (ممتاز) من (٧٠٪) من أفراد العينة. والبند رقـم (١١) "توافر الطاقم الفنى المؤهل"، إذ حظـى بدرجة (ممتاز) من قبل (٥٤٪) من أفراد العينة وهى درجة دالة عند مستوى معنوية (٠,٠٥). وعلى الرغم من أن درجات التقييم للبندين (١٠، ١٢) جاءت عالية نسبياً إلا أنها لم تكن ذات دلالة معنوية.

من جانب آخر، حصلت جهود تنمية الكوادر البشـرية مـن خلال التدريب وإتاحة الفرصـة لحضور الندوات وبرامج التعليم المسـتمر على أدنى درجـات التقييم، فقد أعطى (٥٤٪) من المستجيبين درجة (ضعيف) للبند رقم (١٥) المتعلق بحضور الندوات والمؤتمرات فى مجـال الرعاية الصحية الأولية، وكذلك حصل البند رقم (١٤) "إتاحة الفرصة للالتحاق بالبرامج التدريبية " على درجة (ضعيف) من نصف المشـاركين فى الدراسة تقريباً، وكانت درجات البندين ذات دلالة معنوية عند مستوى دلالة (٠,٠٥).

علـى الرغم من أن نسـبة كبيرة تـرى أن العاملين فى هذا القطـاع يملكون الإلمام الكافى بأهداف وأسـاليب الرعاية الصحية الأولية، إلا أن هذه النسـبة أيضاً لم تكن ذات دلالة معنوية.

نموذج التنبؤ للبنية التحتية وموارد الرعاية الأولية:

لدراسة أثر العناصر الفرعية (القوى العاملة، والتجهيزات المادية) فى محور البنية التحتية ومــوارد الرعاية الأولية، تم إجراء تحليل الانحدار المتعــدد، الذى تظهر نتائجه فى الجدول رقــم (٨). يتضــح من هذا الجدول أن أكثر المتغيرات تأثيراً فى محور البنية التحتية وموارد الرعايــة الأوليــة هو: التجهيزات المادية حيث يشــرح منفرداً (٨٦٪) مــن قيمة هذا المحور تقريباً، فى حين يساهم متغير القوى العاملة منفرداً فى زيادة شرح معادلة المحور الأول بنحو (١٣٪) ليصبح مجموع نسبة ما يقدمه المتغيران من تفسير لهذا العنصر نحو (٩٩٪).

الجدول رقم (٨)
أثر العناصر الفرعية فى البنية التحتية وموارد الرعاية الأولية

المتغير	معامل الانحدار (B)	الخطأ المعيارى	ت (T)	مستوى الدلالة
الثابت	٠,٠٦٤	٠,١٠٤	٠,٦١٠	٠,٧١٤
التجهيزات المادية	٠,٥٥٥	٠,٠٠٢	٣٣٥,٠	٠,٠٠٠
القوى العاملة	٠,٤٤٤	٠,٠٠٢	٢٦٢,١	٠,٠٠٠

ف = (٢٤٣٣٨٠)، مستوى الدلالة = (٠,٠٠٠) معامل التحديد = (٠,٩٩)

عليه يمكن صياغة معادلة تنبــؤ قيمة المحور الأول (البنية التحتية وموارد الرعاية الأولية) على النحو التالى:

البنية التحتية = (٠,٠٦٤ + ٠,٥٥٥) التجهيزات المادية + (٠,٤٤٤) القوى العاملة.

تقييم الأنشطة والإجراءات الفنية:

تشــمل الأنشــطة والإجراءات الفنية الجوانــب الفنية غير الطبيــة التى تتضمن: التمريض، والفحوصات المخبرية والأشعة، الصيدلية، وصحة البيئة والتوعية الصحية كما هو مبين فى الجدول رقم (٩). وبالنظر لمجموع درجات التقييم الإجمالى لبنود هذا العنصر الذى بلغ (٧٦,٤٪)؛ فإن بالإمكان القول إن هذا العنصر كسابقه يحظى بدرجة متوسطة من الجودة من وجهة نظر الأطباء المشاركين فى هذه الدراسة. وللتعرف على تفاصيل تقييم جوانب هذا العنصر المختلفة؛ تم تقسيم بنود المقياس إلى خمس فئات، هى: الأدوية، والجوانب الفنية المســاندة، والتوعية الصحية، وصحة البيئة، والالتزام بمبادئ وأسس الرعاية الصحية الأولية.

تشـير نتائج الدراسـة إلى أن الإجراءات المتعلقة بالأدوية تحظـى بأعلى درجات التقييـم؛ إذ حصلت معظم بنود هذا العنصر على درجة (ممتاز) من نسـبة عالية من المسـتجيبين راوحت بـين (٥١,٥-٨١٪) من العينة، وكانت هـذه الدرجات ذات دلالة معنوية عند مسـتوى دلالـة (٠,٠٥). وتؤكد هذه النتائج أن إجـراءات توفير الأدوية وحفظها والتحقق من سـلامتها، وتوخى الدقة فى التعليمـات المعطاة للمرضى حول كيفية استخدامها - تحظى برضاء الأطباء المشاركين فى الدراسة.

وكانـت أدنى درجات التقويم عـن الإجراءات المتعلقة بصحـة البيئة بما فى ذلك القيام بزيارات ميدانية للأماكن السكانية والصناعية؛ للتعرف على المشكلات الصحية والبيئيـة، ثم تحديد مواقع التلوث البيئى وقد حصلـت على درجة (ضعيف جداً) من غالبية أفراد العينة (٥٧ و٦٢٪) على التوالى، وكانت هذه الدرجات ذات دلالة معنوية عند مسـتوى دلالة (٠,٠٥). وتؤكد هذه النتائج أن نشـاط صحـة البيئة فى مراكز الرعاية الصحية الأولية لا يزال دون المستوى المطلوب من وجهة نظر الأطباء.

وتعد الإجراءات المتعلقة بسـلامة ونظافة البيئـة الداخلية للمركز الصحى أفضل نسـبياً، بما فـى ذلك احتياطات الوقاية والسـلامة التى يتبعهـا العاملون لمنع انتقال العـدوى، وإجراءات التخلص من النفايات الطبيـة، وإجراءات النظافة والتعقيم داخل المركز وقد حظيت بدرجات عالية فى التقييم وراوحت نسبة الذين أعطوا هذه الجوانب درجة (ممتاز) بـين (٥٦,٥٪ و٦٠٪) من أفراد العينة، وكانت هذه الدرجات ذات دلالة معنوية عند مستوى دلالة (٠,٠٥).

وفيمـا يتعلق بالإجراءات الفنية المسـاندة نجد أن خدمات التغذية المتمثلة فى وجود برامـج تغذية ملائمـة لاحتياجات الفئات الأكثـر عرضة للخطر حصلـت على درجة (ضعيف جداً) من قبل (٤٣,٥٪) من أفراد العينة، وكانت هذه الدرجة ذات دلالة معنوية عند مسـتوى دلالة (٠,٠٥). وقد جاءت درجات التقييم متوسطة إلى عالية فيما يتعلق بالفحوصات التشـخيصية وإن كان هناك نسـبة (٢٣,٧٪) من أفـراد العينة يرون أنها (ضعيفة جداً)، إشارة إلى وجود تفاوت فى مستوى هذه الخدمات من مركز لآخر.

وفيمـا يتعلـق بإجـراءات التوعية الصحيـة، رأى أكثر من ثلث أفـراد العينة أنها (ممتـازة)، ورأى ثلثهم الآخر أنها (ضعيفة جداً)؛ ممـا يؤكد وجود تباين فى الاهتمام بالتوعية والتثقيف الصحى بين المراكز الصحية التى شملتها الدراسة.

وترى نسـبة كبيرة من المشـاركين فى الدراسـة أن العاملين فى الرعاية الصحية الأوليـة يلتزمون بتطبيق مفاهيم وأسـس الرعاية الأولية، ويركـزون على الوقاية فى جميـع جوانـب العمل، وهذا يعد من أهم ركائز الرعايـة الصحية الأولية. من جانب آخر، فإن هناك نسـبة راوحت بين (١٩-٢٦٪) يرون أن الالتزام بهذه المبادئ (ضعيف

جداً)؛ مما يشـير إلى أن الحاجة لا تـزال قائمة فى بعض المراكز الصحية إلى توعية وتحفيز العاملين إلى الالتزام بأسس ومبادئ الرعاية الصحية الأولية، وأهمها التركيز على الوقاية وتنمية الوعى الصحى لأفراد المجتمع.

وأخيراً تجدر الإشارة إلى أن ارتفاع نسب الذين يرون أن جميع الجوانب الفنية (ممتازة) لم يمنع من وجود نسـبة مهمة تصل إلى (٢٠-٣٠٪) من المشاركين فى الدراسة ترى أن هـذه الجوانب (ضعيفة جداً) ولعل ذلك واضح فيما يتعلق بالإجراءات المتعلقة بالتوعية الصحية وخدمات التغذية، مما يؤكد أن هذه الجوانب بحاجة إلى المزيد من الاهتمام.

الجدول رقم (٩)

تقييم الأنشطة والإجراءات الفنية

المحور	العبـــارات	ضعيف جداً	جيد	ممتاز
الإجراءات المتعلقة بالأدوية	توافر الأدوية الأساسية لجميع المرضى.	١٤,٩	٣٣,١	٥١,٥
	إجراءات التأكد من سلامة الأدوية واللقاحات.	٨,٨	١٧,٩	٧٢,٣*
	إجراءات حفظ وتداول اللقاحات والأدوية.	٤,٣	١٤,١	٨١*
	دقة التعليمات المعطاة للمرضى حول استخدام الأدوية.	٦,٧	٢٧,٢	٦٤,٥*
الإجراءات الفنية المساندة	دقة وجودة الفحوصات التشخيصية فى المركز (المختبر، الأشعة).	٢٣,٧	٣٧,٣	٣٣,٦
	كفاءة وجودة الإجراءات التمريضية.	١٢,٨	٣٣,٩	٥٢,٥
	وضع برامج غذائية ملائمة للفئات الأكثر عرضة للخطر (الأطفال، المسنين، الأمهات).	٤٣,٥**	٣٣,٢	٢٣,٣
الإجراءات المتعلقة بصحة البيئة	القيـام بزيـارات ميدانيـة للأماكن الصناعية والسـكنية للتعرف على المشكلات الصحية والبيئية.	٦٢,٤**	١٧,٦	١٧,٦
	تحديد مواقع التلوث البيئى فى منطقة الخدمة.	٥٧,١**	٢٠	٢٠,٥
	احتياطات الوقاية والسـلامة التى يتبعها العاملون فى المركز (استخدام القفازات ومراعاة عدم نقل العدوى بين المرضى).	١٢,٣	٢٧,٧	٥٩,٧*
	إجراءات التخلص الآمن من النفايات الطبية.	٢٠,٥	٢٢,١	٥٦,٥*
	إجراءات النظافة والتعقيم فى المركز.	١٧,٩	٢٢,١	٦٠*
الإجراءات المتعلقة بالتوعية الصحية	التوعية الصحية للأفراد والأسر والمجموعات والعامة.	٢٩,٦	٢٧,٥	٤٢,١
	توفير التوعية الصحية الملائمة لطبيعة واحتياجات المجتمع المحلى.	٣٤,١**	٣١,٢	٣٣,٩
الالتزام بمبادئ الرعاية الصحية الأولية	التركيز على الوقاية فى جميع جوانب العمل.	٢٦,١	٣٠,٧	٤٢,٤
	تطبيق العاملين لمفاهيم وأسس الرعاية الصحية الأولية.	١٨,٩	٣١,٧	٤٨,٥
الوسط الحسابى = ٧٦,٥٪	**الوسيط = ٧٦,٩٪**	**الانحراف المعيارى = ٩,٩**		

* تعنى أن النسبة أعلى من (٥١٪) عند مستوى معنوية (٠,٠٥ = α).

** تعنى أن النسبة أعلى من (٣٣٪) عند مستوى معنوية (٠,٠٥ = α).

نموذج التنبؤ للأنشطة والإجراءات الفنية:

لدراسة أثر العناصر الفرعية (الأنشطة المتعلقة بالأدوية، والأنشطة الفنية المساندة، وأنشطة صحة البيئة، والتوعية الصحية، والتزام الفنيين بمبادئ الرعاية الأولية) على المحور الثانى (تقييم الأنشـطة والإجراءات الفنية)، تم إجراء تحليل الانحدار المتعدد، ونتائجه مبينة فى الجدول رقم (١٠). يتضح من هذا الجدول أن أكثر المتغيرات تأثيراً فـى المحور الثانى (تقييم الأنشـطة والإجراءات الفنية) همـا: صحة البيئة والتوعية الصحية حيث يشرحان نحو (٩٣٪) من قيمة هذا المحور.

الجدول رقم (١٠)

تحليل الانحدار للعلاقة بين العناصر الفرعية والأنشطة والإجراءات الفنية

المتغير	معامل الانحدار (B)	الخطأ المعيارى	ت (T)	مستوى الدلالة
الثابت	٢٢,٨٦٨	٠,٨١٥	٢٨,٠٧١	٠٠٠
صحة البيئة	٠,٤٩	٠,٠١٥	٣٣,٢٩٧	٠٠٠
التوعية الصحية	٠,٢٤١	٠,٠١٤	١٧,٨٤٤	٠٠٠

ف = (٢٢٤٥,٧)، مستوى الدلالة = (٠,٠٠٠)، معامل التحديد = (٠,٩٢٤)

عليـه يمكن صياغة معادلة تنبؤ قيمة الأنشـطة والإجراءات الفنية بمعلومية قيمة صحة البيئة والتوعية الصحية على النحو التالى:

الأنشطة والإجراءات الفنية = (٢٢,٨٦٨ + ٠,٤٩) صحة البيئة + (٠,٢٤١) التوعية الصحية.

ونظراً لأن المتغيرات الباقية تشـرح أقل مـن (١٠٪) من قيمة هذا المحور، فإنه تم إهمالها فى معادلة التنبؤ.

تقييم الأنشطة والإجراءات الطبية:

يهدف الجزء الثالث من الاسـتبانة إلى التعرف على تقييم الأطباء للجوانب الطبية التى يعتبرون هم أصحاب القرار بشـأنها. وكما يتضح من الجدول رقم (١١) أن هذه الجوانب حظيت بأعلى درجات التقييم حتى الآن؛ إذ كان المتوسط الحسابى لبنود هذا الجزء من الاسـتبانة (٧٨,٢٪) والانحراف المعيـارى (٨,٦٪). وبالنظر إلى العبارات التـى تضمنها هذا المقياس، نجـد أن البند رقم (٣) "تقديم خدمات تحصين متكاملة" حظى بدرجة (ممتاز) من غالبية المشـاركين فى الدراسـة (٨٤,٣٪)، في حين حصل البنـد رقم (٨) "تقديم الرعاية الأساسـية لحالات الأمراض النفسـية والعقلية" على تقييم (ضعيف جداً) من أكثر من نصف العينة بنسبة (٥٦,٥٪).

وإذا نظرنا بشـكل أكثر تفصيلاً إلى مكونـات هذا المقياس نجد أن صحة الأمومة والطفولـة تحظى بأعلى درجات التقييم، ومن ذلك الرعاية الصحية للأم الحامل قبل وأثناء الحمل وبعد الولادة؛ إذ تحظى بتقييم (ممتاز) من غالبية المستجيبين (٦٣,٧٪)، وكانـت هذه الدرجة ذات دلالة معنوية عند مسـتوى دلالـة (٠,٠٥). وكذلك حظيت رعاية الأطفال دون عمر الخامسة بدرجات عالية في التقييم، إذ أعطيت (ممتاز) من أكثر من نصف المشـاركين في الدراسة وتقدير (جيد) من ثلثهم، وكانت هذه الدرجات ذات دلالة معنوية عند مستوى دلالة (٠,٠٥).

وفيما يتعلق بتقييم الرعاية المقدمة للمصابين بالأمراض المزمنة المختلفة، نجد أن أعلى الدرجات جاءت عن رعاية المصابين بالسكرى وضغط الدم، في حين كانت أدناها عن رعاية أمراض سوء التغذية وأمراض الربو والحساسية. ومن الواضح أن الأمراض التى تم التركيز عليهـا فى برامج رعاية الأمراض المزمنة فى المراكز الصحية تحظى برضاء الأطباء خاصة أمراض السكرى وضغط الدم، وكذلك أمراض الربو والحساسية بدرجة أقل نسبياً.

وتباينت درجات التقييم فيما يتعلق بالفحص الشـامل للأسـرة وهو يعد أحد مقومات الرعاية الصحية الأولية؛ إذ أعطى درجة (ممتاز) من (٣٥٪) و(جيد) من (٣٣,٦٪) و(ضعيف جداً) من (٣٠٪)، مما يشير إلى وجود تفاوت كبير في مستوى هذا الجانب من مركز لآخر. كذلك تباينت درجات تقييم البنود المتعلقة بالاستشارة الطبية ممثلة فى الإجراءات الروتينية التى تتم داخل عيادة الطبيب ابتداء بالقدرة على أخذ التاريخ المرضى بشـكل متكامل ومن ثـم إجراء فحص سـريرى دقيق، والقدرة علـى التواصل والتفاهم مـع المرضى وإعطائهم تعليمات دقيقة. وفى هذا الصدد، جاءت أعلى درجات التقويم عن البند رقم (١٤) "القدرة على إعطاء تعليمات دقيقة للمريض"، إذ حصل على درجة (ممتاز) من (٦٤,٥٪) من أفراد العينـة، وهـى درجة ذات دلالة معنوية عند مسـتوى دلالة (٠,٠٥). وجـاءت أقل درجات التقييـم عن البند رقـم (١٥) "القدرة على تخصيص وقت كاف لكل مريض"، إذ يرى (٤٠٪) مـن أفراد العينة أن هذا الجانب (ضعيف جداً). وجاءت درجات التقييم معتدلة إلى عالية عن البنود المتعلقة بالقدرة على رصد التاريخ المرضى وإجراء الفحص السريرى.

وفيما يتعلق بالاستقلالية الفنية للطبيب ممثلة فى حرية الطبيب فى اختيار الأدوية المناسـبة وحريته فى طلب الفحوصات اللازمة لحالة المريض داخل أو خارج المركز – جاءت درجات التقييم متوسطة نسبياً، إذ أعطى (٣٢,٥٪) درجة (ضعيفة جداً) لحرية وصف الأدوية، فى حين كانت هذه الحرية أفضل لطلب إجراء الفحوصات الطبية.

كما تباينت درجات التقييم لرعاية الحالات الخاصة ومن ذلك الحالات الإسعافية والطارئة، إذ أشار (٢٩٪) إلى أنها (ضعيفة جداً)، وأشار (٢٧٪) إلى أنها (جيدة)، وأشار (٤٢٪) إلى أنها (ممتازة). من ناحية أخرى فإن تقييم رعاية المسنين جاء متدنياً بشكل واضح، إذ أشار نحو

نصــف أفراد العينة إلى أنه (ضعيف جداً)، مما يعد مؤشــراً على الحاجة إلى التركيز على صحة المســنين كما هو الحال للصحة النفسية والعقلية. أما رعاية الفم والأسنان فقد أشار نحو نصف العينة إلى أنها ممتازة، فى حين أشار (١٨,٤٪) إلى أنها (ضعيفة جداً).

وأخيراً، وفيما يتعلق بالتزام الأطباء بتطبيق مفاهيم وأسس الرعاية الصحية الأولية، أعطيت درجة (ممتاز) من أكثر من نصف المشاركين فى الدراسة، ودرجة (جيد) من ثلثهم تقريباً.

الجدول رقم (١١)
تقييم الأنشطة والإجراءات الطبية

المحور	العبـــارات	ضعيف جداً	جيد	ممتاز
صحة الأمومة والأطفال	الرعاية الصحية للأم قبل وأثناء الحمل وبعد الولادة.	١٠	٢٤	*٦٣,٧
	رعاية الأطفال دون سن خمس سنوات.	٨,٥	٢٩,٦	*٦٠,٥
	تقديم خدمات تحصين متكاملة.	٤,٥	١٠	*٨٤,٣
الأمراض المزمنة	تقديم الرعاية الأساسية لمرضى الربو والحساسية.	١٣,٩	٣٧,٣	٤٨
	تقديم الرعاية الأساسية لمرضى السكرى.	٧,٥	٢٤,٨	*٦٧,٢
	اكتشاف أمراض سوء التغذية وعلاجها.	٢٢	٣٦	٤٠,٣
	تقديم الرعاية الأساسية لمرضى ضغط الدم.	٧,٢	٢٥	*٦٧,٢
رعاية الحالات الخاصة	تقديم الرعاية الأساسية لحالات الأمراض النفسية والعقلية.	**٥٦,٥	٢٥,٣	١٣,٩
	تقديم الرعاية الأساسية للمسنين.	**٤٨,٥	٢٨,٨	١٩,٧
	رعاية الفم والأسنان.	١٨,٤	٢٨	٤٨
	إجراءات رعاية الحالات الإسعافية والطارئة.	٢٩,٣	٢٧,٢	٤٢
الفحص الشامل	إجراء الفحص الطبى الشامل لكل أفراد الأسرة.	٢٩,٩	٣٣,٦	٣٥,٢
الاستشارة الطبية	القدرة على إجراء فحص سريرى دقيق.	١٧	٢٩,٣	٥٢,٥
	القدرة على أخذ التاريخ المرضى بشكل متكامل.	١٨,٤	٢٤,٨	*٥٦,٣
	القدرة على إعطاء تعليمات دقيقة للمريض.	١٤	٢٠,٨	*٦٤,٥
	القدرة على تخصيص وقت كافٍ لكل مريض.	**٣٩,٥	٢٦,٩	٣٣
	القدرة على التفاهم مع المرضى بوضوح.	١٤	٢٦,٤	*٥٨,٥
الاستقلالية المهنية	حرية الطبيب فى وصف الأدوية المناسبة للمريض.	٣٢,٥	٢٦,٤	٤٠
	حرية طلب الفحوصات اللازمة لحالة المريض داخل أو خارج المركز الصحى.	٢٣,٥	٢٦,٧	٤٨,٨
الالتزام بمبادئ الرعاية الصحية الأولية	تطبيق الأطباء لمفاهيم وأسس الرعاية الصحية الأولية.	١٤,٤	٢٨,٨	*٥٥,٥
الوسط الحسابى = ٧٨,٢٪	الوسيط = ٧٨,٥٪	الانحراف المعيارى = ٨,٦		

* تعنى أن النسبة أعلى من (٥١٪) عند مستوى معنوية (α = ٠,٠٥).

** تعنى أن النسبة أعلى من (٣٣٪) عند مستوى معنوية (α = ٠,٠٥).

نموذج التنبؤ للأنشطة والإجراءات الطبية:

لدراســـة أثر العناصر الفرعية للمحور الثالث (تقييم الأنشطة والإجراءات الطبية) وهـــى: صحة الأمومة والأطفـــال، والأمراض المزمنة، والحـــالات الخاصة، والفحص الشامل، والاستشـــارة الطبية، والاســـتقلالية المهنية، والتزام الأطباء بمبادئ الرعاية الصحية الأولية، لدراســـة أثرها فى قيمة المحور، تم إجـــراء تحليل الانحدار المتعدد، ونتائجه مبينة فى الجدول رقم (١٢). يتضح من هذا الجدول أن أكثر المتغيرات تأثيراً على المحور الثالث هى: الأمراض المزمنة والاستشـــارة الطبية، إذ يشرح المتغير الأول (الأمراض المزمنة) منفرداً ما نســـبته (٨٢٪) من قيمة المحور الثالث (تقييم الأنشـــطة والإجراءات الطبية)، ويشـــرح المتغير الثانى منفرداً (١٠٪) تقريباً، ويشرحان مجتمعين ما نسبته (٩٢٪) من قيمة الأنشطة والإجراءات الطبية.

الجدول رقم (١٢)

تحليل الانحدار للعلاقة بين العناصر الفرعية والإجراءات الطبية

المتغير	معامل الانحدار (B)	الخطأ المعيارى	ت (T)	مستوى الدلالة
الثابت	٥,٤٨٣	١,٢٠٩	٤,٥٣٥	٠٠٠
الأمراض المزمنة	٠,٥٧٥	٠,٠٢١	٢٧,١٤١	٠٠٠
الاستشارة الطبية	٠,٣٣٩	٠,٠١٨	١٩,٢٢١	٠٠٠

ف = (١٨٨٤,٥٨)، مستوى الدلالة = (٠,٠٠٠)، معامل التحديد = (٠,٩٢)

وبالنظـــر إلى ما تقدم، يمكن صياغـــة معادلة التنبؤ بقيمة المحـــور الثالث (تقييم الأنشطة والإجراءات الطبية) على النحو التالى:

الأنشـــطة والإجراءات الطبية = (٥,١٨٦ + ٠,٥٧٥) الأمراض المزمنة + (٠,٣٣٩) الاستشارة الطبية.

ونظراً لأن المتغيرات الباقية تشـــرح أقل من (١٠٪) من قيمة المحور الثالث؛ فإنه تم إهمالها فى معادلة التنبؤ.

تقييم الأنشطة والإجراءات الإدارية:

يتطلـب تحقيق أهداف الرعاية الصحية الأولية منظومة من العمليات والإجراءات الإداريــة الهادفة إلــى تنظيم العمل وتحفيــز العاملين وتعزيز التنســيق والتكامل مع الأجهــزة المعنية بالصحــة العامة. ويبين الجدول رقم (١٣) اســتجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة بالجوانب الإدارية. وكما يتضح من هذا الجدول، فإن المتوسط الحسابى لاستجابات الأطباء على جميع بنود هذا الجزء من الاستبانة المتضمن تسعة عشر بنداً يشير إلى أن تقييم الجوانب الإدارية يقل عن تقييم الجوانب الفنية والطبية نسبياً؛ إذ بلغ (٧٢٪).

وتتضمن الإجراءات والأنشطة الإدارية الإجراءات المتعلقة بالإحالة إلى المستشفيات، وإجراءات التنسيق مع المؤسسات المعنية بصحة البيئة، وإجراءات التعامل مع الأمراض المعدية، والتخطيط الصحى، وأســاليب تقويم الأداء، والمشاركة والتمكين. وقد جاءت أعلــى درجة عن البند رقم (٨) المتعلق بإجراءات التبليــغ عن الأمراض المعدية، إذ تم إعطاؤها درجة (ممتاز) من غالبية المشــاركين فى الدراســة بنسبة بلغت (٦٠٪). أما أقــل درجات التقييم فكانــت عن البند رقم (٣) "المعلومات الراجعة من المستشــفيات عــن الحالات التى تم تقويمها"، وقد أعطى درجة (ضعيــف جداً) من أكثر من نصف المشاركين فى الدراسة (٥٨٪).

ولو نظرنا إلى الأنشــطة والإجراءات الإدارية المختلفة، نجد أن موضوع الإحالة من أبرز الجوانب التى حصلت على أقل الدرجات من وجهة نظر المشــاركين فى الدراسة. ويظهــر ذلــك واضحاً فيما يتعلق بمتابعــة المركز للحالات المحولة إلى المستشــفيات، والتقارير الواردة من المستشــفيات حول المرضى المحولين من المراكز الصحية التى تم تقييمها بأنها (ضعيفة جداً) من أكثر من نصف أفراد العينة. فى حين كانت الدرجات معتدلة فيما يتعلق بإجراءات التنسيق مع المستشفيات لإحالة المرضى إليها.

وفيما يتعلق بالتنســيق لأغراض الصحة العامة بما فى ذلك صحة البيئة وســلامة الغذاء ومياه الشرب، فإن نسبة كبيرة من المستجيبين تراوح بين (٣٨-٥٢,٨٪) ترى أن هذه الإجراءات (ضعيفة جداً) خاصة فيما يتعلق بالتنسيق مع المؤسسات المعنية بصحة البيئــة. كذلك فإن نســبة تصل إلــى ثلث أفراد العينة ترى أن إجراءات الاســتقصاء الوبائى لاكتشــاف الأمراض الوبائية والتعرف على مصادر العدوى (ضعيفة جداً)، فى حين ترى الغالبية أن إجراءات التبليغ عن الأمراض المعدية (ممتازة).

وقـد تباينت درجات التقييم فيمـا يتعلق بالتخطيط فى مجـال الرعاية الصحية الأوليـة، وما يتضمنه ذلك من حصر للاحتياجـات وجمع المعلومات وحفظها وإدارتها ووضع الأهداف والخطط والبرامج. وترى الأغلبية (٣٧٪) أن إجراءات المسح المستمر للاحتياجات السكانية (ضعيفة جداً)، كما ترى الأغلبية (٣٦٪) أن التخطيط يتم وفقاً للاحتياجات السـكانية. أما إجراءات إعداد الإحصاءات السكانية وحفظ السجلات الصحية فترى الأغلبية (٤٦٪) أنها (ممتازة).

وفيما يتعلق بتقويم الأداء، تشـير النتائج إلى ضعف الاهتمام برأى المستفيدين من الخدمـات المقدمة؛ إذ ترى الغالبية (٤٥٪) أن إجراءات اسـتقصاء آراء المرضى حول الخدمات المقدمة (ضعيفة جداً). من ناحية أخرى فإن نسـبة كبيرة تصل إلى (٤٥٪) تـرى أن إجراءات التقييـم الدورى لأداء المركز (ممتازة جداً)، مما قد يكون دلالة على التركيز على هذا الأسـلوب فى تقييم الأداء. وبالنظر إلى ما يترتب على تقييم الأداء من اكتشاف للأخطاء الطبية والقصور والإهمال؛ ترى أغلبية أفراد العينة (٥٠٪) بأنها (ممتازة جداً).

وتتضمن الإجراءات الإدارية الجهود المبذولة لتعزيز مشاركة وتمكين جميع الأطراف المعنية الرعاية الصحية، وأهمها العاملون والمسـتفيدون. وكما تشـير النتائج، إلى أن أكثر من نصف المشـاركين فى الدراسة يرون أن الاعتماد على العمل الجماعى (ممتاز جداً)، مما يؤكد الاهتمام بهذا الجانب. من جانب آخر نجد أن هناك نقصاً فى تمكين المجتمـع وقياداته من المشـاركة فى تحديد أولويات الرعايـة الصحية وفى دور لجان أصدقاء المركز فى هذا الصدد. وقد أشـارت الأغلبية (٤٧٪) إلى أن مشاركة قيادات المجتمـع فى تحديد أولويـات الرعاية الصحية (ضعيفة جـداً)، وكذلك ترى الغالبية (٥٥,٥٪) أن دور لجان أصدقاء المركز (ضعيف جداً).

الجدول رقم (١٣)
تقييم الأنشطة والإجراءات الإدارية

المحور	العبـــــارات	ضعيف جداً	جيد	ممتاز
التنسيق مع المستشفيات (الإحالة)	١- إجراءات التنسيق مع المستشفيات لإحالة المرضى.	٢٩,٩	٢٨,٨	٤٠,٨
	٢- متابعة الحالات المحولة إلى المستشفيات.	**٥٠,٤	٢٢,٧	٢٦,٤
	٣- المعلومات الراجعة من المستشفيات عن الحالات التى تم تحويلها.	**٥٧,٩	٢٤,٣	١٧,٣
التنسيق لأغراض الصحة العامة	٤- التنسيق مع المؤسسات المعنية فيما يتعلق بنظافة البيئة وصحتها.	**٥٢,٨	٢٢,٧	٢٢,١
	٥- التنسيق مع المؤسسات المعنية فيما يتعلق بفحص الغذاء وسلامته.	**٤٩,١	٢٣,٥	٢٤,٨
	٦- التنسيق مع الجهات المعنية فيما يتعلق بتوفير مياه الشرب وسلامتها.	**٣٨,٤	٢٢,١	٣٦,٣
التنسيق لأغراض السيطرة على انتشار الأوبئة	٧- إجـراء الاسـتقصاء الوبائى لاكتشـاف الأمـراض الوبائية والتعرف على مصادر العدوى.	٣٣,٣	٢٠,٨	٤٣,٢
	٨- إجراءات التبليغ عن الأمراض المعدية.	١٦,٨	٢١,٣	*٦٠
المعلومات والتخطيط	٩- المسح المستمر للاحتياجات الصحية لمجتمع الخدمة.	**٣٧,٣	٣١,٥	٢٨,٨
	١٠- تخطيط البرامج الصحية وفقاً لاحتياجات المجتمع المحلى.	٣٣,٩	٢٨,٨	٣٥,٧
	١١- إجراءات إعداد الإحصائيات الصحية والسكانية.	٢١,٩	٣٠,١	٤٥,٩
	١٢- إجراءات حفظ واسترجاع سجلات المرضى.	٢١,٦	٣١,٩	٤٦,٩
أساليب تقويم الأداء	١٣- استقصاء آراء المرضى حول الرعاية المقدمة.	**٤٥	٣٢	٢١
	١٤- القيام بتقييم دورى لأداء المركز.	٢٠,٨	٣٢,٥	٤٤,٣
	١٥- التعامل مع الأخطاء الطبية والإهمال والتقصير.	١٦,٣	٣٠,٧	٥٠
	١٦- إجراءات تحسين الجودة.	٢٣,٢	٣٢,٥	٤٠,٥
المشاركة والتمكين	١٧- الاعتماد على العمل الجماعى.	١٩,٥	٢٨,٥	٥٠,٧
	١٨- مشاركة قيادات المجتمع فى تحديد أولويات الرعاية الصحية.	**٤٧,٢	٢٦,٧	٢٢,٤
	١٩- دور لجنة أصدقاء الصحة فى تعزيز مشاركة المجتمع.	**٥٥,٥	٢٤,٣	١٦,٨
الوسط الحسابى = ٧٢,٢٪	الوسيط = ٧٢,٨٪	الانحراف المعيارى = ١٢,٤		

* تعنى أن النسبة أعلى من (٥١٪) عند مستوى معنوية (٠,٠٥ = α).

** تعنى أن النسبة أعلى من (٣٣٪) عند مستوى معنوية (٠,٠٥ = α).

نموذج التنبؤ للإجراءات والأنشطة الإدارية:

لدراسة أثر العناصر الفرعية (التنسيق مع المستشفيات (الإحالة)، والتنسيق لأغراض الصحة العامة، والتنسيق لأغراض السيطرة على انتشار الأوبئة، والتخطيط والمعلومات، وأساليب تقويم الأداء، والمشاركة والتمكين) على المحور الرابع (الأنشطة والإجراءات الإدارية) لدراسة أثرها؛ تم إجراء تحليل الانحدار المتعدد ونتائجه مبينة فى الجدول رقم (١٤). يتضح من هذا الجدول أن أكثر المتغيرات تأثيراً فى المحور الرابع هما: المعلومات والتخطيط، والتنسيق مع المستشفيات لأغراض الإحالة، إذ يشرح المتغير الأول (المعلومات والتخطيط) منفرداً (٨٢٪) تقريباً من قيمة معادلة قيمة المحور الرابع (تقييم الأنشطة والإجراءات الإدارية)، ويشرح المتغير الثانى منفرداً نحو (١٠٪)، ويشرحان معاً (٩٢٪) من قيمة الأنشطة والإجراءات الإدارية.

الجدول رقم (١٤)

تحليل الانحدار للعلاقة بين العناصر الفرعية والإجراءات الإدارية

المتغير	معامل الانحدار (B)	الخطأ المعيارى	ت (T)	مستوى الدلالة
الثابت	٧,٢١٠	١,٠٤٣	٦,٩١٤	٠٠٠
التخطيط والمعلومات	٠,٦١٤	٠,٠١٧	٣٥,٨٦	٠٠٠
التنسيق مع المستشفيات لأغراض الإحالة	٠,٢٨٦	٠,٠١٤	٢٠,٩٤٨	٠٠٠

ف = (٢٠٨٦,٣)، مستوى الدلالة = (٠,٠٠٠)، معامل التحديد = (٠,٩٢)

ومن ثم يمكن صياغة معادلة تنبؤ قيمة المحور الثالث (تقييم الأنشطة والإجراءات الإدارية) على النحو التالى:

الأنشطة والإجراءات الإدارية = (٧,٢١٠ + ٠,٦١٤) المعلومات والتخطيط + (٠,٢٨٦) التنسيق مع المستشفيات لأغراض الإحالة.

ونظراً لأن المتغيرات الباقية تشرح أقل من (١٠٪) من قيمة المحور الرابع؛ فلم يتم إدراجها فى معادلة التنبؤ.

تقييم مردود الرعاية الصحية الأولية:

يقيس الجزء السادس من الاستبانة تقييم مردود الرعاية الصحية الأولية من وجهة نظـــر الأطباء. وتظهر نتائج التحليل الإحصائـــى لهذا الجزء على الجدول رقم (١٥)، وهو يتضمن النسب المئوية لدرجات تقييم بنود هذا المقياس محتوياً على عشرين بنداً، والإحصائيات الوصفية الإجمالية.

كما يتضح من هذا الجدول، أن المتوسط الحسابى لمجمل البنود التى تضمنها هذا الجزء هو (٧٥٪)، أى أن الأطباء المشـــاركين فى الدراســـة يـــرون أن خدمات الرعاية الصحية الأولية عموماً تقدم مردوداً متوســـطاً. وبالنظر إلى البنود التى تضمنها هذا الجزء نجد أن أعلى الدرجات للبند رقم (٦) الذى ينص على " خفض معدل الأمراض والوفيـــات بين الأطفال منذ الولادة وحتى مرحلة المراهقة"، وقد أعطى درجة (ممتاز) من (٦٠٪) من أفراد العينة. تلا ذلك البند رقم (٤) الذى ينص على " تحســـين صحة المرأة قبل وأثناء الحمل وبعد الولادة "، وقد أعطى درجة (ممتاز) من قبل درجة (٥٨٪) من أفراد العينة.

أما أقل الدرجات فكانت للبند رقم (١٧) " تحقيق التكامل والتنسيق بين المؤسسات ذات العلاقـــة بصحة المجتمع" وأعطـــى تقييم (ضعيف جداً) من نحو (٤٢٪) من أفراد العينـــة. تلا ذلك البند رقم (١٥) " تحقيق مشـــاركة المجتمع فيمـــا يتعلق بالصحة "، وأعطى تقييم (ضعيف جداً) من (٤١٪) من أفراد العينة.

تم تصنيف بنود هذا المقياس إلى خمس فئات تمثل كل منها أحد مخرجات الرعاية الصحيـــة الأولية وهى: الصحة العامة، والوقاية، والوعى والســـلوك الصحى، وإدارة واســـتخدام الموارد الصحية، ورضاء المجتمع. لو نظرنا فى البداية إلى العنصر الأول وهـــو الصحة العامة نجد أن معظم البنود المندرجـــة ضمن هذا العنصر حصلت على تقييم (ممتاز) من نسبة كبيرة من المشاركين فى الدراسة تراوح بين (٤١-٥٨٪). وهذا يشـــير إلى وجود مردود عالٍ للرعاية الصحية الأولية فيما يتعلق بتحســـين المســـتوى الصحـــى العام للمجتمع، وتحســـين الصحة الإنجابية. من ناحية أخـــرى نجد تبايناً فيما يتعلق بدور الرعاية الصحية الأولية فى تحسين المستوى الصحى للمسنين، إذ إن الغالبية (٣٥٪) من أفراد العينة يرون أن هذا الجانب (ضعيف جداً).

وفيما يتعلق بدور الرعاية الصحية الأولية فى تعزيز الوقاية نجد أن تقييم الأطباء جاء عالياً للعديد من البنود المرتبطة بالوقاية من المرض والإعاقة والوفاة. وكما أشرنا

سابقاً، فإن أعلى درجات التقييم كانت للبند رقم (٦) خفض معدل الأمراض والوفيات بين الأطفال منذ الولادة وحتى مرحلة المراهقة. تلا ذلك البند رقم (٧) المتعلق بالحد من انتشار الأمراض المعدية وحصل على درجة (ممتاز) من نحو (٥١٪)، ويليه البند رقم (٨) "خفض الوفيات"، ثم البند رقم (٩) " خفض معدل الإصابة بالأمراض"، ثم البند رقم (٥) " الاكتشاف المبكر للأمراض".

وبالنظر إلى مردود الرعاية الصحية الأولية فى تنمية الوعى الصحى عند أفراد المجتمع وتغيير الاتجاهات والسلوكيات الخاطئة وتعزيز السلوكيات الصحيحة وتنمية الاعتماد الذاتى عند أفراد المجتمع فى الأمور الصحية، نجد تبايناً فى درجات التقييم. ويرى غالبية أفراد العينة (٤٣٪) أن مردود الرعاية الصحية الأولية (ممتاز) فيما يتعلق بالبند رقم (١٢) "رفع مستوى الوعى الصحى"، فى حين أنهم انقسموا حول البندين رقم (١١) "تغيير الاتجاهات والممارسات الصحية الخاطئة فى المجتمع"، ورقم (١٤) "تعزيز الأنماط السلوكية الصحيحة"؛ إذ تعادل من يرون أن هذا الجانب (ضعيف جداً) مع من يرون أنه (ممتاز). وترى غالبية أفراد العينة (٣٧-٤١٪) أن مردود الرعاية الصحية الأولية (ضعيف جداً) فيما يتعلق بالبندين رقم (١٣) " تنمية قدرة أفراد المجتمع على الاعتماد على النفس، "ورقم (١٥)" تحقيق مشاركة المجتمع فيما يتعلق بالصحة".

وإذ تعتبر إدارة الخدمات الصحية، وترشيد استخدام مواردها، والقدرة على إدارتها بكفاءة بالتنسيق مع القطاعات الأخرى من ركائز جودة الرعاية الصحية، فقد تم إدراج ذلك ضمن بنود هذا المقياس. وكما تشير البيانات الواردة فى الجدول رقم (١٤)، فإن نسبة عالية من المشاركين فى الدراسة (٤٢٪) ترى أن الاستخدام الأمثل للموارد الصحية (ممتاز). وفى الوقت نفسه يرى أكثر من ثلث العينة أن الرعاية الصحية الأولية لم تتمكن من تخفيض تكاليف الخدمات الصحية. كما ترى الغالبية (٤١,٦٪) أن الجهود الداعية لتحقيق التكامل والتنسيق بين المؤسسات ذات العلاقة بصحة المجتمع (ضعيفة جداً). وانقسم أفراد العينة فيما يتعلق بقدرة الرعاية الصحية الأولية على إيجاد قواعد للمعلومات والإحصاءات السكانية لمساندة أعمال التخطيط الصحى فيها.

وأخيراً وفيما يتعلق بتحقيق رضاء المستفيدين، فإن غالبية الأطباء (٤٢٪) يرون أن الرعاية الصحية الأولية تمكنت من تعزيز رضاء المجتمع عن الخدمات الصحية.

الجدول رقم (١٥)
تقييم مردود الرعاية الصحية الأولية

المحور	العبـــارات	ضعيف جداً	جيد	ممتاز
الصحة العامة	١- رفع المستوى الصحى للمجتمع.	٣١,٢	٢٦,٤	٤٠,٣
	٢- تحسين صحة البيئة.	٢٨,٥	٢٧,٢	٤٢
	٣- تحسين المستوى الصحى للمسنين.	٣٤,٧**	٣٣,٦	٣٠
	٤- تحسين صحة المرأة قبل وأثناء الحمل وبعد الولادة.	١١,٢	٣٠	٥٧,٩*
الوقاية	٥- الاكتشاف المبكر للأمراض.	٢٠,٣	٣٢,٣	٤٦,٤
	٦- خفض معدل الأمراض والوفيات بين الأطفال منذ الولادة حتى مرحلة المراهقة.	١٣,٣	٢٣,٢	٦٠,٣*
	٧- الحد من انتشار الأمراض المعدية.	١٧,٦	٣٠	٥٠,٧
	٨- خفض معدل الوفيات.	١٨,٩	٢٦	٥٠
	٩- خفض معدل الإصابة بالأمراض.	٢١,٩	٢٦,٤	٤٧,٢
	١٠- خفض معدل الإعاقة.	٢٤,٣	٢٧,٢	٤٣,٧
الوعى والسلوك الصحى	١١- تغيير الاتجاهات والممارسات الصحية الخاطئة فى المجتمع.	٣١,٢	٣٥,٥	٣٠,٩
	١٢- رفع مستوى الوعى الصحى.	٢٧,٥	٢٨,٥	٤٢,٧
	١٣- تنمية قدرة أفراد المجتمع على الاعتماد على النفس.	٣٦,٨**	٣٤,٩	٢٥,٦
	١٤- تعزيز الأنماط السلوكية الصحيحة.	٣١,٥	٣٣	٣٢,٨
	١٥- تحقيق مشاركة المجتمع فيما يتعلق بالصحة.	٤١**	٢٩,٣	٢٦
الإدارة واستخدام الموارد الصحية	١٦- إيجاد قاعدة للمعلومات السكانية والصحية للمجتمع.	٣٣,٦	٢٨,٨	٣٠,٩
	١٧- تحقيق التكامل والتنسـيق بين المؤسســات ذات العلاقة بصحة المجتمع.	٤١,٦**	٢٩,٣	٢٤,٣
	١٨- تخفيض مجهودات وتكاليف الرعاية الصحية.	٣٥,٢**	٢٧,٥	٣٢
	١٩- الاستخدام الأمثل للموارد الصحية.	٢٧,٥	٢٧,٥	٤٢
رضاء المجتمع	٢٠- تعزيز رضاء المجتمع عن الخدمات الصحية.	٢٢,٩	٣١,٢	٤١,٩
الوسط الحسابى = ٧٥,٦٪		**الوسيط = ٧٧,٠٪**		**الانحراف المعيارى = ١٠,٧**

* تعنى أن النسبة أعلى من (٥١٪) عند مستوى معنوية (α = ٠,٠٥).

** تعنى أن النسبة أعلى من (٣٣٪) عند مستوى معنوية (α = ٠,٠٥).

ثالثاً - محددات مردود الرعاية الصحية الأولية:

للتعــرف على محددات مــردود الرعاية الصحية الأولية ومــدى ارتباطه بالعناصر: البنية التحتية والإجراءات الفنية والطبية والإدارية، تم استخدام تحليل الارتباط الجزئى (Partial Correlation) وذلك على افتراض أن المحاور الأربعة الأساسية للعمليات تعمل مجتمعــة وتؤثر بعضها فى بعض. تظهر نتائج تحليل الارتباط على الجدول رقم (١٦)، وتشير إلى وجود علاقة جوهرية بين الإجراءات الفنية والطبية والإدارية ومردود الرعاية الأولية، وعليه فإنه من المتوقع أن تلعب الإجراءات الفنية والطبية والإدارية دوراً مهماً فى تكوين معادلة التوقع (Linear Regression) الخاصة بمردود الرعاية الصحية الأولية.

الجدول رقم (١٦)

معامل الارتباط بين المدخلات والعمليات ومردود الرعاية الصحية الأولية

	البنية التحتية	الإجراءات الفنية	الإجراءات الطبية	الإجراءات الإدارية
المردود	٠,٠٦	٠,١٩٦*	٠,٢٦١*	٠,٤٣٢*

* تعنى أن العلاقة جوهرية عند مستوى معنوية (٠,٠٥ = α).

باســتخدام تحليل الانحدار المتعدد لاختبار العلاقة بين مردود الرعاية الأولية وكل من الإجــراءات الفنية والإدارية والطبية، أظهر التحليــل الإحصائى عدة نتائج مبينة فــى الجدول رقم (١٧). كما يتضح من هذا الجدول قيمة (R^2) تســاوى (٠,٨٨)، أى أن الإجراءات الفنية والطبية والإدارية تســهم مجتمعة فى تفسير ما نسبته (٨٨٪) من مــردود الرعاية الصحيــة الأولية، ومن ثم فإن البنيــة التحتيــة وموارد الرعايــة الأوليــة لا تملك تأثيراً ذى دلالة إحصائية فى نتائج الرعاية.

الجدول رقم (١٧)

تحليل الانحدار للعلاقة بين المدخلات والعمليات ومردود الرعاية الصحية الأولية

المتغير	معامل الانحدار (B)	الخطأ المعيارى	ت (T)	مستوى الدلالة
الثابت	٢,٥٦٥	٢,٤٩٣	١,٠٢٩	٠,٣٠٤
الأنشطة والإجراءات الإدارية	٠,٣٥١	٠,٠٣٨	٩,١٤١	٠,٠٠٠
الأنشطة والإجراءات الطبية	٠,٣٤١	٠,٠٦٤	٥,٣٥٥	٠,٠٠٠
الأنشطة والإجراءات الفنية	٠,٢٧٥	٠,٠٥٧	٤,٨٥٥	٠,٠٠٠

ف = (٤٢١,٤)، مستوى الدلالة = (٠,٠٠٠)، معامل التحديد = (٠,٨٨)

من خلال نتائج تحليل الانحدار يمكن استخلاص الصيغة النهائية لمعادلة التوقع لقيم مردود الرعاية الصحية الأولية بمعلومية محـــاور الإجراءات الفنية والطبية والإدارية، وذلك على النحو التالى:

المردود = (٢,٥٦٥ + ٠,٣٥١) الإجراءات الإدارية + (٠,٣٤١) الإجراءات الطبية + (٠,٢٧٥) الإجراءات الفنية.

أثر العناصر الفرعية فى مردود الرعاية الصحية الأولية:

إن إجمالـــى العناصر الفرعية للمحاور الأربعة عشـــرون عنصراً هى: التجهيزات المادية، والقوى العاملة، والأنشطة المتعلقة بالأدوية، والأنشطة الفنية المساندة، وصحة البيئـــة، والتوعية الصحيـــة، والتزام الفنيين بمبادئ الرعايـــة الأولية، وصحة الأمومة والأطفال، والأمراض المزمنة، ورعاية الحالات الخاصة، والفحص الشامل، والاستشارة الطبيـــة، والاســـتقلالية المهنيـــة، والتزام الأطباء بمبـــادئ الرعاية الصحيـــة الأولية، والتنســـيق مع المستشـــفيات (الإحالة)، والتنســـيق لأغراض الصحة العامة، والتنسيق لأغراض السيطرة على انتشار الأوبئة، والتخطيط والمعلومات، وأساليب تقويم الأداء، والمشـــاركة والتمكين. ولدراسة أثر هذه العناصر الفرعية مجتمعة فى مردود الرعاية الصحيـــة الأولية - تم إجراء تحليل الانحدار المتعـــدد ونتائجه مبينة فى الجدول رقم (١٨). يتضح من البيانات الواردة فى هذا الجدول أن تسعة عناصر فرعية فقط تؤثر فى مردود الرعاية الصحية الأولية، هى:

١- أساليب تقويم الأداء.

٢- صحة الأمومة والأطفال.

٣- التنسيق لأغراض السيطرة على انتشار الأوبئة.

٤- المشاركة والتمكين.

٥- التزام الفنيين بمبادئ الرعاية الأولية.

٦- رعاية الحالات الخاصة.

٧- الاستشارة الطبية.

٨- التنسيق لأغراض الصحة العامة.

٩- الأمراض المزمنة.

وتشـــرح هذه العناصر التســـعة مجتمعة نحو (٨٠٪) من مـــردود الرعاية الصحية الأولية حسبما هو موضح فى الجدول رقم (١٨).

الجدول رقم (١٨)

تحليل الانحدار للعلاقة بين العناصر الفرعية ومردود الرعاية الأولية

المتغير	معامل الانحدار (B)	الخطأ المعيارى	ت (T)	مستوى الدلالة
الثابت.	٠,٩٦٧	٢,٦٣٩	٠,٣٦٦	٠,٧١٤
أساليب تقويم الأداء.	-٠,٠٩٠	٠,٠٣٨	٢,٤١٩	٠,٠١٦
صحة الأمومة والأطفال.	٠,٢٥٨	٠,٠٤٨	٥,٤٢٨	٠,٠٠٠
التنسيق لأغراض السيطرة على انتشار الأوبئة.	٠,١٥٠	٠,٠٣٤	٤,٣٧٨	٠,٠٠٠
المشاركة والتمكين.	٠,١٤٢	٠,٠٢٩	٤,٩٨٤	٠,٠٠٠
التزام الفنيين بمبادئ الرعاية الأولية.	٠,١٣٣	٠,٠٣٧	٣,٦٣٥	٠,٠٠٠
رعاية الحالات الخاصة.	٠,١١١	٠,٠٢٥	٤,٣٣٩	٠,٠٠٠
الاستشارة الطبية.	٠,١٤٤	٠,٠٣٤	٤,٢٧٨	٠,٠٠٠
التنسيق لأغراض الصحة العامة.	٠,٠٠٥٦	٠,٠٢٦	٢,١٨٠	٠,٠٣
الأمراض المزمنة.	-٠,١١٣	٠,٠٥٢	-٢,١٥٦	٠,٠٣٢

ف = (١٧٠)، مستوى الدلالة = (٠,٠٠٠)، معامل التحديد = (٠,٩٠)

وبالنظر إلى ما ســبق يمكن صياغة معادلة التنبؤ بمستوى مردود الرعاية الصحية بمعلومية قيم المتغيرات التسعة السابقة الذكر، وذلك كما يلى: مردود الرعاية الصحية الأوليـــة = (٠,٩٦٧ - ٠,٠٩) تقـــويم الأداء + (٠,٢٥٨) صحـــة الأمومـــة والأطفال + (٠,١٥٠) التنســـيق لأغراض الســـيطرة على انتشـــار الأوبئة + (٠,١٤٢) المشـــاركة والتمكين + (٠,١٣٣) التزام الفنيين بمبادئ الرعاية الأولية + (٠,١١١) رعاية الحالات الخاصة + (٠,١٤٤) الاستشـــارة الطبية + (٠,٠٠٥) التنسيق لأغراض الصحة العامة - (٠,١١٣) الأمراض المزمنة.

الفصل الخامس
مناقشة النتائج

سـعت هذه الدراسـة إلى تقييم خدمات الرعاية الصحية الأولية باستقصاء آراء أطباء الرعاية الأولية حول المدخلات المختلفة، والعمليات، والمخرجات فى هذا القطاع. وقد تم تحديد مؤشـرات الرعاية الصحية الأولية وفقاً لثلاثية دونابيديان (المدخلات، والعمليات، والمخرجات)، وبالاسترشـاد بالدراسات السابقة، وبما يتفق مع خصائص خدمات الرعاية الصحية الأولية فى المملكة.

شـملت عينة الدراسـة (٣٧٧) طبيباً من أطباء المراكز الصحية فى خمس مناطق إدارية هى (منطقة الرياض، ومنطقة عسير، ومنطقة تبوك، ومنطقة الجوف، والمنطقة الشـرقية). وقد تنوعت الخلفيات المهنية والثقافية لأفراد العينة بما يتقارب إلى حد كبير مع التكوين الثقافى والمهنى لمجتمع الدراسة، إذ إن أغلب أفراد العينة من الذكور، ومن غير السـعوديين، من الجنسيات العربية والآسـيوية. ومن الناحية المهنية تشير نتائج الدراسـة إلى أن معظـم أفراد العينة من الممارسـين العامين غير المتخصصين فى أى من فروع الطب، وأن نسـبة ضئيلة جداً منهـم تخصصت فى المجالات الطبية المتعلقة بالرعايـة الصحية الأولية. كما أن غالبيتهم لا يحملون أى مؤهلات عليا بعد حصولهـم على درجة البكالوريوس فى الطب والجراحة، وإن كانت نسـبة منهم تلقت بعض الدورات التدريبية فى مجال الرعاية الصحية الأولية.

ولهـذه النتائـج دلالات مهمة حـول اعتماد هـذا القطاع على الأطبـاء الوافدين وغير المتخصصـين فى مجالات مرتبطة بالرعايـة الصحية الأولية، مثل: طـب الصحة العامة وطب الأسـرة والمجتمع. كما تشـير النتائج إلى تدنى تأهيل الأطبـاء ممثلاً فى الدرجات العليا والتدريب المستمر، على الرغم من أن معظمهم قضى فى مجال العمل أكثر من خمس سـنوات. يتفق هذا مع نتائج الدراسـات السـابقة التى تشـير إلى أن غالبية الأطباء فى المراكـز الصحية (٨٣,٣٪) لا يحملون مؤهلات عليا حتى فى مجال طب الأسـرة والمجتمع (Kalantan, K. et al. 1999, Al- Jarallah, J. et al.1998, Shammari, et al. 1994).

بالنظر إلى هذه النتائج نسـتخلص بعـض التحديات التى تواجه هذا القطاع، وقد يكـون أهمها الاعتمـاد الكبير على الأطبـاء الوافدين من ناحية، ومـن ناحية أخرى

ضعــف التأهيل ونقص فرص التدريب والتعليم المســتمر، ممــا قد ينعكس على جودة الرعايــة المقدمــة (Mansour and Al-Osaimi, 1996). مــن ناحية أخرى، نلاحظ تدنى الرواتب الشــهرية للعاملين فى هذا المجال، إذ إن الغالبية تتلقى راتباً شــهرياً لا يزيد على (٦٠٠٠) ريال، وهذا يدل على تدنى الحوافز المادية والأجور، مما قد ينعكس على الرضاء الوظيفى والروح المعنوية والدافعية لدى العاملين فى هذا القطاع الحيوى (Al-Shammari et al 1995). وتلعــب هــذه التحديــات دوراً بــارزاً فى تقليص دور الرعاية الأولية باعتباره محوراً للنظام الصحى السعودى والحد من القدرة على تحقيق أهدافها. عليه فإن أى محاولة للارتقاء بأداء هذا القطاع لابد أن تتضمن اســتقطاب المزيد من الكوادر الوطنية للعمل فيه، ووضع الحوافز الملائمة للعاملين من الجنســيات المختلفة، بالإضافة إلى تبنى إســتراتيجيات هادفة للتدريب والتعليم المستمر، ووسائل مختلفة لضمان اطلاع الأطباء والفنيين على المستجدات العلمية والطبية.

تقييم البنية التحتية وموارد الرعاية الصحية الأولية (المدخلات):

سعت الدراسة إلى التعرف على تقييم الأطباء للبنية التحتية وموارد الرعاية الصحية الأوليــة. أظهرت النتائــج أن مراكز الرعاية الصحية الأولية تعانــى نقصاً كبيراً فى التجهيزات المادية. كما أن هناك تبايناً فى مستوى توافر التجهيزات فى مراكز الرعاية الصحية، فنجد أن بعض التجهيزات متوافرة جيداً ومن ذلك مستلزمات حفظ الأدوية والمواد واللقاحات، فى حين أننا نجد نقصاً كبيراً فى تجهيزات المختبرات، والأشــعة، ومستلزمات أنشــطة صحة البيئة، والتوعية الصحية، والحاسب الآلى، وغرف انتظار المرضى، ووســائل مواصلات للفريق الصحى. وقد يرتبط هذا النقص بشــح الموارد المتوافرة، أو ســوء التخطيط لتوفير احتياجات المراكــز الصحية وخلل آليات التوريد، كمــا أن عدم توافر المبانى الملائمة لأغراض الرعاية الأولية، ووجود العديد من المراكز الصحية فى مبانٍ مستأجرة يعد من أسباب عدم توافر التجهيزات المناسبة للمختبرات وغرف الفحص ومناطق انتظار المرضى. وتؤكد الدراســات الســابقة أن الإمكانيات المتاحة فى المراكز الصحية لا تتناسب وحجم الطلب على خدمات الرعاية الأولية، وأن المراكز الصحية تعانى نقصاً واضحاً فى الإمكانيات، بما فى ذلك تجهيزات المختبرات وغــرف الفحص والأدوية والمواد الطبيــة والأدوات، إضافة إلى قصور أنظمة وخطط الصيانة (Mansour and Al-Osaimi, 1996). ويشير (Al-Khaldi et al. 2002) إلى

أن معظم المراكز الصحية يفتقر إلى وسائل الاتصال والمواصلات اللازمة؛ للقيام بمهام صحة البيئة وغيرها من النشـاطات الميدانية والتواصل الفعال مع مؤسسات المجتمع المختلفـة، ويؤكد أن نقص المرافق والإمكانيـات الصحية يعد من أهم الصعوبات التى تعترض نشاطات الرعاية الأولية، وتعرقل تنفيذ البرامج والخطط الموضوعة.

وفيما يتعلق بالكوادر البشرية، نلاحظ من النتائج تدنى تقييم الأطباء لفرص التدريب والتعليم المستمر المتاحة لهم، وهذا يتفق مع نتائج الدراسات السابقة التى تشير إلى وجود اتجاهات إيجابية بين أطباء المراكز الصحية نحو المشاركة فى برامج التعليم المستمر، إلا أنهم يواجهون صعوبة فى الالتحاق بها؛ نظراً لضيق الوقت وكثرة الأعباء (Kalantan, K. et al. 1999, Jarallah, J. et al.1998, Al-Shammari, et al. 1994). هـذا إضافـة إلى أن ضغوط العمل وكثرة أعداد المرضى والمراجعين قد تحد من فرص مشاركة الأطباء فـى الفعاليات المهنية، وهذا مـا يؤكـده (Al-Shammari, et al. 1994) أن (٥٧٪) من الأطبـاء لم يحصل على إجازة لأغراض التدريـب، وأن نصفهم فقط يتمكن من الاطلاع على المجلات الطبية المحلية.

ويؤدى نقص المشـاركة فى نشاطات التعليم المسـتمر والفعاليات المهنية إلى عزلة مهنيـة قد تمثـل إحدى خصائص العمل فى المراكز الصحيـة، ويترتب على ذلك عدم توافـر المناخ المهنى الذى يعـزز تواصل العاملين فى هذا القطاع بعضهم مع بعض ومع غيرهـم وتبادل الخبرات والاطلاع على المسـتجدات العلميـة والتقنية والعمل المهنى المشترك مما يبث شيئاً من الحيوية والتجديد الهادف للتطوير (Ali et al. 1995, Al-Ansary and Khoja, 2002).

وتزداد أهمية التدريب مع زيادة معدلات الدوران الوظيفى وتنوع جنسيات العاملين فـى المراكز الصحية، ومن ثم تباين خبراتهـم وخلفياتهم العلمية والمهنية؛ مما ينعكس على أسـاليب الممارسـة. لذلك فإن التدريب يعد من الأهمية بمكان لتوحيد أساليب الممارسـة والارتقاء بـالأداء. من جانب آخر، فإن العمل فى مجـال الرعاية الصحية الأوليـة يختلف عن القطاعات الأخرى كالمستشـفيات وغيرها مـن المرافق الصحية؛ لذلك فإن تأهيل الكوادر البشـرية وتدريبها على مبادئ الرعاية الأولية وصحة الأسرة والمجتمع - يعد من أساسيات النجاح.

تقييم الأنشطة والإجراءات الفنية:

جاء تقييم الأطباء للأنشـطة والإجراءات الفنية متوسـطاً، مـع تفاوت الدرجات المخصصة لكل عنصر من العناصر الفرعية لهذا المحور، فنلاحظ أن تقييم الأطباء جاء عاليــاً لمعظم الإجراءات المتعلقة بالأدوية مثل حفظ الأدوية، وتداولها، ودقة التعليمات المعطاة بشــأنها. ويعد توفير الأدوية الأساسـية من عناصر الرعاية الصحية الأولية فى المملكة، ولذلك تم وضع قائمة بالأدوية الأساسية التى ينبغى أن تتوافر فى المراكز الصحيــة، وتُحَدَّث هذه القائمة دورياً وفقاً للمســتجدات العلمية من قبل لجان علمية متخصصة.

وتعد مجانية الدواء من أهم مقومات رضاء المســتفيدين واســتمرارية تعاملهم مع المراكــز الصحية، إلا أن مجانية الدواء لا تنفى الحاجة إلى تقنين صرف الأدوية وفقاً لمعايير علمية وضوابط محددة؛ إذ تشــير الدلائل إلى وجود ممارســات طبية خاطئة فيما يتعلق بالأدوية، ومنها المبالغة فى وصف الأدوية، وبخاصة المضادات الحيوية بغض النظر عن تكلفتها وآثارها الضارة على الفرد والمجتمع (AlFaris et al., 1999).

من جانب آخر، نلاحظ تدنى تقييم الأطباء لأنشطة صحة البيئة، وخاصة الزيارات الميدانية للأماكن الصناعية والسكنية؛ للتعرف على المشكلات الصحية والبيئية. وتشير نتائج الدراسات السابقة إلى أن نظام إصحاح البيئة يتعثر لضعف التنسيق بين المراكز والبلديات، وعدم وجود صلاحيات لدى المراكز الصحية مقابل مسئولياتها عن مراقبة البيئة (Khattab et al., 1999; Al-Khaldi et al 2002).

كمــا يتدنى تقييم الأطباء لتطبيق بعض عناصر الرعاية الصحية الأولية، ومن ذلك الإجراءات المتعلقة بالتغذية، وتوفير التوعية الصحية الملائمة لطبيعة المجتمع. وتشير معظــم الدلائل إلى أن التركيز على الجوانــب الوقائية خاصة ما يتعلق منها بالتثقيف الصحــى لا يزال أقل بكثير مما ينبغى، ولا يتناســب مع المكانــة التى يحتلها التثقيف الصحى فى إســتراتيجية الرعايــة الصحية الأولية فى المملكة. ويزداد الأمر ســوءاً عندمــا يتعلق بالتثقيف الصحى تجاه الأمراض المزمنــة التى تمثل التهديد الأكبر فى الوقت الراهن لشــريحة كبيرة من المجتمع السعودى، فقد أشارت دراسة أجراها (Al-Khaldi & Khan; 2000) إلى أن نحو ثلث المصابين بأمراض مزمنة لا يحصلون على أى نــوع من التثقيف الصحى، وذلك نظــراً لعدم توافر الإمكانيات المادية والبشــرية اللازمة لأنشطة التثقيف الصحى، وضيق وقت الأطباء وكثرة أعبائهم.

تقييم الأنشطة والإجراءات الطبية:

جاء تقييم الأطباء للأنشـطة والإجراءات الطبية أعلى من غيرها من النشاطات بنسـبة (٧٨٪). وقد حظيت خدمـات التحصين وصحة الأمومـة والطفولة بأعلى درجات التقييم مما يتفق مع نتائج جميع الدراسـات السـابقة التى تؤكد أن برامج الرعايـة الصحية الأولية المبكرة التى ركزت على هـذه الجوانب لاقت نجاحاً كبيراً (Al-Teheawy &, Foda, 1992; Baldo & Al-Mazrou, Aziz, Farag, & Al-Shehri,1994; El-Gilany & Aref, 2000). مـن ناحيـة أخرى، كان تقييم البرامج الأحدث نسبياً والموجهة للمشكلات الصحية المعاصرة وأهمها الأمراض المزمنة كالسكرى وارتفـاع ضغط الدم بدرجة أقل نسـبياً، فى حين كان تقييم رعاية المسـنين والصحة النفسـية ضعيفاً جداً، نتيجة لعدم وجود برامـج موجهة لهذه الفئات فى إطار الرعاية الصحية الأولية. وقد وجد (AlFaris et al.، 1999) أن هناك قصوراً فى الرعاية المقدمة لحالات الأمراض النفسـية فى مراكز الرعاية الصحية الأولية، وأن أسـباب ذلك تعود إلى عدم توافر التدريب الكافى لدى الأطباء فى هذا المجال، إضافة إلى عدم السـماح بصرف الأدوية الخاصة بالأمراض النفسية فى مراكز الرعاية الصحية الأولية.

كما تشـير النتائج إلى ضعف قدرة الأطباء على تخصيص وقت كاف لكل مريض، وهذا يتفق مع نتائج الدراسـات السـابقة، التى تشـير إلى أن متوسـط الفترة التى تستغرقها الاستشارة الطبية قصيرة بالمقارنة بالمعايير العالمية (Al-Faris et al.1994). كما أن هذا بدوره يسبب عدم رضاء المرضى عن قدرة الأطباء على الاستماع لشكواهم والتواصـل معهم وإعطائهم المعلومات الكافية خـلال مراجعتهم لمراكز الرعاية الأولية (Ali & Mahmoud, 1993, Abdullah et al, 1996, AbdallaA. et al. 2001).

من ناحية أخرى، تشير النتائج إلى أن تقييم الأطباء كان مرتفعاً لفعالية التواصل بـين المريض والطبيب، وهذا يتناقض مع نتائج دراسـات رضا المرضى التى تشـير غالبـاً إلى ضعـف القدرة على التواصل مع الأطباء، ووجود عائق اللغة بشـكل كبير (Ali, El-Shabrawy & amoud,1993; Mansour, Al-Osaimi, 1996). أشار بعض الباحثين إلى التناقض بين تقييم مقدمى الرعاية وتقييم المستفيدين لجوانب الخدمات الصحيـة المختلفـة (Van Der, Casparie, And Lako, 1996)، وهـذا يؤكد ضرورة إيجاد منظور شـامل لتقييم الرعاية الصحية الأولية يأخذ فى الاعتبار مرئيات جميع الأطراف المعنية بها.

تقييم الأنشطة والإجراءات الإدارية:

فيمـــا يتعلـــق بالجوانب الإدارية نجـــد أن تقييمها يقل عن تقييـــم الجوانب الفنية والطبيـــة نســـبياً إذ بلغ (٧٢٪). ونلاحـــظ تدنى تقييم الأطبـــاء للعديد من الجوانب الإدارية أبرزها: التنســـيق لأغراض صحة البيئة، والتنســـيق لمكافحة الأوبئة، وإحالة المرضى، ومشاركة المجتمع، والتخطيط وإدارة المعلومات.

يمثـــل إصحاح البيئة عنصراً مهماً من عناصـــر الرعاية الصحية بالمملكة؛ إذ تناط بالمراكز الصحية مهمة مراقبة البيئة وذلك بالتنسيق مع وزارة الشئون البلدية والقروية، نظـــراً لانتشـــار هذه المراكز فى جميـــع مدن وقرى المملكة. وتعـــد مكافحة الأمراض الوبائية من أولويات الرعاية الصحية الأولية فى المملكة، وقد تم تحقيق نتائج واضحة منذ تأسيس هذا القطاع فى مكافحة الأوبئة ومصادرها وتوفير بيئة صحية فى مناطق البلاد المختلفة. وتشـــمل أنشـــطة إصحـــاح البيئة: التخلص مـــن القمامة والنفايات والصرف الصحى ومراقبة مياه الشرب والأغذية ومراقبة التجمعات السكانية. وعلى الرغم من أن أهمية التكامل والتنســـيق مع القطاعات المختلفة، إلا أن نتائج الدراســـة تشـــير إلى أن غياب الشراكة وضعف التنســـيق مع البلديات المحلية لأغراض إصحاح البيئـــة ومكافحة الأمراض الوبائيـــة، يعد من أبرز جوانب الضعـــف الإدارى فى هذا القطـــاع. ويتعثر نظام إصحاح البيئة لضعف التنســـيق بـــين المراكز والبلديات، وعدم وجود صلاحيات لدى المراكز الصحية مقابل مســـئولياتها عن مراقبة البيئة (Khattab et al., 1999; Al-Khaldi et al 2002).

مـــن أهم مقومات الرعاية الصحية الأولية إيجاد آليات محددة لإحالة المرضى من المركز الصحى إلى المستشـــفى؛ للحصول على استشـــارات طبية متخصصة، أو إجراء فحوصات تشخيصية. وقد تم تأسيس نظام الإحالة فى المملكة العربية السعودية فى العام ١٩٨٦م، وبدأ تطبيقه فى العام ١٩٨٩م. وتشـــير نتائج الدراسة إلى وجود قصور فى متابعة الحالات المحولة من المراكز الصحية إلى المستشفيات، وإلى آليات التواصل بين المركز والمستشفى. وتؤكد الدراسات السابقة أن تطبيق نظام الإحالة يتعثر بسبب عدم التفعيل، وقصور آليات مراقبة التنسيق والتواصل بين المركز والمستشفى (Khattab et al., 1999; Al-Khaldi et al 2002).

تعد مشـــاركة المجتمع فى تخطيط وتنفيذ وتقييم خدمات الرعاية الصحية الأولية من أهم الأســـس التى ترتكز عليها إستراتيجيات الرعاية الصحية الأولية فى المملكة.

ويتم تفعيل مشـــاركة المجتمع من خلال لجان أصدقاء وصديقات الصحة، وهى تشكل فـــى كل مركز صحى من قيادات المجتمع وأصحاب الرأى والنفوذ فيه. ونظراً لأهمية مشـــاركة المجتمع؛ خصصت لها ضوابط معينة فى دليل الجـــودة النوعية، ويتم تقييم دورها من خلال مؤشرات محددة تضمنتها استمارات تقويم نشاطات الرعاية الصحية الأوليـــة (وزارة الصحة، ١٩٩٣). وعلى الرغم من ذلك، إلا أن نتائج الدراســـة تشـــير إلـــى قصور آليات تمكين المجتمع وقياداته من المشـــاركة فـــى تحديد أولويات الرعاية الصحية، وضعف دور لجان أصدقاء المراكز الصحية.

تعتمـــد الرعاية الصحية الأولية على المعلومات وهى تمثل جزءاً لا يتجزأ من عملية التخطيط والمتابعة لنشـــاط المراكـــز الصحية. على الرغم مـــن أهمية المعلومات فى تخطيط وتقويم أنشـــطة الرعاية الصحية الأولية، إلا أن الواقع يشـــير إلى أن أنظمة المعلومات لا تزال قاصرة وبدائية جداً. كذلك هو الحال للحصر السكانى، إذ لا يتسم بالاســـتمرارية والدقة على الرغـــم من أنه يعتبر من أهم مقومـــات التخطيط لبرامج الرعايـــة الصحية الأولية. كما أن هناك العديد من أوجه القصور فى تنظيم خدمات الرعايـــة الصحية الأولية التى تخل بجهود التخطيط وتحد من كفاءة أنظمة المعلومات والاســـتفادة منها لأغراض التخطيط. ومن خلال الدراســـات السابقة يتضح أن هذه المشكلة ليست حكراً على الرعاية الصحية الأولية فى المملكة العربية السعودية، إذ يشير (Marshall, 1999) إلى وجود عدة معوقات لتحسين أنظمة الرعاية الأولية فى المملكة المتحدة منها: غياب الخطط الإســـتراتيجية، وتضارب أولويات القائمين على القطاع، وعـــدم توافر المعلومات، وتدنى جودة المعلومات الطبية، وعدم توافر الســـلطة اللازمة لإجراء التغيير، وعدم وضوح الأدوار والمســـئوليات الخاصة بالمديرين، وعزلة قطاعات الرعاية الأولية بعضها عن بعض على الرغم من أنها تواجه تحديات مشتركة.

من ناحية أخرى، فإن التنظيم الإدارى لقطاع الرعاية الصحية الأولية قد يعد أحد أســـباب ضعف فعالية التخطيط وقصور أنظمة المعلومات؛ نظراً للمركزية الشـــديدة فى هذا القطاع، وعدم تماســـك البنية التنظيمية التى تتسم بتقديم الرعاية من خلال مراكز صحية أو عيادات صغيرة غير مترابطة ومثقلة بالأعباء، وتعمل فى عزلة مهنية وإدارية شبه تامة. ويشير (Baker,1998) إلى أن هذه العزلة تسهم بدورها فى عرقلة تقديم الرعاية الصحية المناســـبة، وتوجد فروقات كبيرة فـــى الأداء، وقد تؤدى - فى بعض الأحيان - إلى وجود أنماط غير مقبولة من الممارسة.

وفيما يتعلق بأنشـطة إدارة الجودة والتحسين المستمر، تشير النتائج إلى أن المراكز الصحية لا تملك الإمكانات المادية والبشرية اللازمة لإجراء القياس والتحليل لأغراض التحسين المستمر.

وإذا نظرنا إلى نموذج استمارة تقييم الرعاية الصحية الأولية (ملحق رقم ١) نلاحظ أنها طويلة جداً (٢٢ صفحة)، وأنها لا تمثل آلية فعالة لتقييم الأداء وتقويمه بما يحقق التطوير المستمر. ويشـير (Proctor and Campbell,1999) إلى أن القياس نفسه لا يعنى تحسـين الجودة، بل إنه قد يؤدى إلى نتائج عكسية عند سوء استخدامه بخفض الـروح المعنوية وتركيز الاهتمـام على جوانب غير جوهريـة. ويتطلب تطبيق أنظمة الجودة تغييـر الثقافة التنظيمية، والتخلى عن الأسـاليب التقليدية للتقييم والرقابة، وإيجاد آليات للتعلم التنظيمى ومشاركة العاملين وتمكينهم (Campbell et al. 2002). وفى غياب آليات التعلم المستمر والحوافز وتمكين العاملين والتهيئة الثقافية لن تحقق المبـادرات المتفرقة للجـودة النتائج المرجوة. ويتطلب تطبيـق منهجيات الجودة تهيئة ثقافية، وتغيير الثقافات السـائدة وتطوير الجوانـب التنظيمية، وتوفير الدعم اللازم لفـرق التحسـين (Campbell, Sheaf, Sibbled, Marshall, et al. 2002). ويتعثـر تطبيـق أنظمة الجودة؛ نتيجة للعوائق المتعلقـة بالإمكانيات، بالإضافة إلى العديد من العوائق الهيكلية والثقافية، خاصة فى غياب الآليات التطويرية الداعمة التى تعتمد على مشاركة العاملين وتمكينهم. ويعتمد نجاح تقييم خدمات الرعاية الصحية الأولية على توافر عدة مقومات: شعور الطبيب أو الممرض بأنهم شركاء فى عملية التقييم، ووجود انطباع لديهم بأن روح الفريق تسود المنظمة، وإدراكهم الحاجة إلى خطة منظمة لرفع مستوى الجودة وتجاوز أية عقبات تعترض ذلك، ووجود اتجاهات إيجابية تجاه المراقبة المستمرة للجودة (Stevenson, Baker, Farooqi, Sorrie, and Khunti, 2001). كما وجـد (Hearnshaw et al, 1998) أن فعالية واسـتمرارية برامج الجودة فى الرعاية الصحيـة الأولية ترتبط بدرجـة تقبُّل فرق العمل لها، ولذلك لا بد من تنمية المقومات اللازمة لدى فرق العمل لضمان استمرارية وفعالية مشروعات تحسين الجودة.

تقييم مردود الرعاية الصحية الأولية:

تشـير النتائج إلى وجود مردود عـالٍ للرعاية الصحية الأولية فيما يتعلق بعدد من المؤشـرات منها: تحسـين المسـتوى الصحى العام للمجتمع، وتحسين صحة الطفولة

والصحة الإنجابية، وكذلك مـا يتعلق بالوقاية من المرض والإعاقة والوفاة، والحد من انتشـار الأمراض المعدية، وتعزيز رضاء المجتمع. من ناحية أخرى، نلاحظ تدنى أداء الرعاية الصحية الأولية فيما يتعلق بمؤشـرات أخرى منها: تحسين المستوى الصحى للمسنين، وتغيير الاتجاهات والسلوكيات الخاطئة وتعزيز السلوكيات الصحيحة، وتنمية الاعتمـاد الذاتى لدى أفـراد المجتمع فى الأمور الصحية، وتحقيق مشـاركة المجتمع فيما يتعلق بالصحة، وتخفيض تكاليف الخدمات الصحية، وتحقيق التكامل والتنسيق بين المؤسسـات ذات العلاقة بالصحة العامة، وإيجاد قواعد للمعلومات والإحصاءات السكانية لمساندة أعمال التخطيط الصحى فيها.

محددات مردود الرعاية الصحية الأولية:

سـعت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين مكونات النموذج النظرى الذى اتبعته فى تقييم الرعاية الصحية الأولية، بالتركيز أولاً على العناصر الرئيسة للنموذج وهى: المدخـلات، والعمليـات، والمخرجات، ثم فحـص العلاقة بين مـردود الرعاية الأولية والعناصر الفرعية للمدخلات والعمليات. وأظهرت نتائج الدراسـة أن البنية التحتية والمـوارد المتوافرة لا تملك تأثيـراً ذا دلالة فى مردود الرعايـة الصحية الأولية، على الرغم من تدنى تقييم الأطباء للإمكانيات المادية والبشرية المتاحة فى المراكز الصحية. ومن ثم يمكن القول إنه على الرغم من قصور البنية التحتية والموارد المتاحة فى المراكز الصحيـة مـن منظور الأطباء، إلا أن ذلـك لا يؤثر تأثيراً جوهرياً فـى جودة الرعاية المقدمة، ومن ثم فإن الإجراءات والأنشطة الإدارية والفنية والطبية هى أهم محددات الجودة فى هذا القطاع.

كما تشير النتائج إلى أن الإجراءات الإدارية تؤثر بشكل أكبر من الإجراءات الفنية والطبية فى جودة الرعاية الصحية الأولية، وتشـتمل هـذه الإجراءات على: التكامل والتنسيق مع القطاعات الأخرى، والتخطيط وإدارة المعلومات، ومشاركة المجتمع وهى تعد عوامل مؤثرة فى تحقيق الجودة فى هذا القطاع. وهذا يتفق مع خلاصة دراسـة الأدبيات التى أظهرت أن مؤشـرات العمليات ذات أهمية كبرى فى قياس الجودة ومن ثم يغلب استخدامها على غيرها من المؤشرات (Mante, 2001).

وبالنظر إلى العناصر الفرعيـة للمحاور الأربعة (البنية التحتية، الإجراءات الفنية والطبية والإدارية)، فإن نتائج الدراسة تشير إلى أن أكثر هذه العناصر الفرعية تأثيراً

فى مردود الرعاية الصحية الأولية هو: أساليب تقويم الأداء، وإجراءات رعاية الأمومة والطفولة، والتنسيق لمكافحة الأوبئة، والمشاركة والتمكين، والتزام الفنيين بمبادئ الرعاية الأولية، ورعاية الحالات الخاصة (النفسية، المسنين، الأسنان)، والاستشارة الطبية، والتنسيق لأغراض الصحة العامة، ورعاية الأمراض المزمنة. ومن ثم فإن الاهتمام بهذه العناصر سيكون له أبرز الأثر فى الارتقاء بجودة الرعاية الصحية الأولية.

وبالنظر إلى أساليب تقويم الأداء، فإن هناك العديد من المبادرات الجادة لتطوير أداء هذا القطاع، إلا أن النتائج المحققة حتى الآن أقل من المتوقع؛ إذ لم تتمكن مبادرات الجودة من تأسيس ثقافة الجودة والتغلغل فى جميع جوانب العمل، وأن تتسم بالاستمرارية، وأن تتضمن آلية واضحة للتعليم المستمر. وكما يتضح من خلال الدراسة، أن هناك نقصاً فى فرص التحاق أطباء الرعاية الأولية بالتدريب وحضورهم الندوات العلمية والمؤتمرات، كما أن هناك نقصاً فى الحوافز، وفى الإمكانات المادية فى بيئة العمل وهى من المقومات المهمة لبرامج تحسين الأداء. هذا إضافة إلى تقادم أدلة العمل وإرشادات الممارسة ومنها دليل الجودة النوعية الصادر فى عام ١٩٩٣م؛ لأن العلوم الطبية تعد علوماً متجددة ومتغيرة بطبيعتها.

وتشير نتائج الدراسة إلى أن إجراءات رعاية الأمومة والطفولة ومكافحة الأوبئة تمثل أحد محددات مردود الرعاية الصحية الأولية، وتعد أكثر برامج الرعاية الأولية نجاحاً، لذلك لابد من فحص أسباب هذا النجاح واستخلاص الدروس المناسبة لتحقيق نتائج مماثلة فى البرامج الأخرى، وأهمها رعاية الأمراض المزمنة. أما رعاية الأمراض المزمنة فهى كذلك تمثل أحد محددات مردود الرعاية الأولية، لذلك لابد من توجيه المزيد من الاهتمام إليها لا سيما أن العديد من الدراسات السابقة يؤكد قصور آليات متابعة الحالات المزمنة وضعف الالتزام بالأسس العلمية للتعامل مع هذه الحالات فيما يتعلق بالتشخيص والتثقيف الصحى والإحالة (AlSowilem and El-Zubair, 1998; Al-Mustafa, 2003; Al-Khaldi and Khan, 2001). وتعد الأمراض المزمنة من أهم المشكلات الصحية التى تواجه النظام الصحى السعودى اليوم ومن ثم تستنزف موارده وإمكاناته. ويعتمد نجاح برامج رعاية الأمراض المزمنة على توافر آليات المتابعة للمرضى فى المراكز الصحية بما يضمن التزام المرضى بالمراجعة، وإجراء الفحوصات الدورية، والتثقيف الصحى وتحفيز المرضى إلى تعديل السلوك ونمط الحياة، إضافة إلى برامج

للتعلم المستمر لمقدمى الرعاية لتطوير أدائهم. ويشير (Campbell et al. 1998) إلى ضرورة أن تشمل مؤشرات أداء قطاعات الرعاية الأولية آليات متابعة المصابين بأمراض مزمنة وسجلاتهم وتدريب الأطباء وإيجاد بروتوكولات العلاج المناسبة وتفعيل آليات المتابعة.

وتظهر أهمية الاستشارة الطبية ضمن نتائج هذه الدراسة باعتبارها أحد محددات مردود الرعاية الأولية، وبالنظر إلى دراسات رضاء المرضى؛ نجد أن هذا الجانب كان من أبرز أسباب عدم الرضاء، وبخاصة ما يتعلق بمهارات التواصل والاستماع لشكوى المريض وتخصيص الوقت الكافى له (Al-Faris et al., 1996; Ali and Mahmmoud, 1993). وتعد الاستشارة الطبية من أبرز التحديات التى تواجه الرعاية الأولية فى جميع الدول؛ إذ يعجز الأطباء عن تخصيص الوقت الكافى للمريض وجمع المعلومات اللازمة منه، ومشاركته فى صنع القرار وتمكينه، وتقديم التثقيف اللازم له (Howie et al. 1999; Jung et al. 1998).



الفصل السادس
نتائج الدراسة وتوصياتها وآفاق البحث المستقبلية

أهم نتائج الدراسة:

- جـاء تقييم الأطباء مرتفعـاً لمردود الرعاية الأولية والأنشـطة والإجراءات الطبية، ومتدنياً للبنية التحتية وموارد الرعاية الأولية والأنشطة والإجراءات الإدارية.
- كان تقييم الأطباء مرتفعاً للجوانب التالية:
  - الكوادر الفنية والطبية وتوافر الأدوية والمواد واللقاحات.
  - الأنشطة والإجراءات الفنية التالية: الإجراءات المتعلقة بالأدوية، احتياطات الأمن والسلامة والنظافة داخل المركز الصحى.
  - الأنشـطة والإجراءات الطبية التالية: صحة الأمومة والطفولة، ورعاية الأمراض المزمنـة، وبعـض جوانب الاستشـارة الطبية وبخاصة القدرة علـى التواصل مع المرضى والالتزام بمبادئ الرعاية الأولية.
  - الأنشطة والإجراءات الإدارية المتعلقة بالتبليغ عن الأمراض المعدية.
  - بعض مخرجات الرعاية الأولية، منها تحسن صحة الأمومة والطفولة.
- تدنى تقييم الأطباء للجوانب التالية:
  - بعـض عناصر البنية التحتية ومـوارد الرعاية الأولية، منها: التجهيزات اللازمة لصحة البيئة والمختبر والأشـعة والحاسب الآلى وغرف انتظار المرضى، والتمويل المتاح لأنشـطة التوعية الصحية، ووسـائل المواصلات المتوافرة للفريق الصحى، وتوافر التدريب فى مجال الرعاية الأولية.
  - الأنشطة والإجراءات الطبية التالية: تقديم الرعاية الأساسية للمسنين والمصابين بأمراض نفسية، والقدرة على تخصيص الوقت الكافى للمريض.
  - الأنشطة والإجراءات الفنية التالية: برامج التغذية، وصحة البيئة، والتوعية الصحية.
  - معظم الأنشـطة والإجراءات الإدارية، منها: الإحالة، والتنسـيق لأغراض صحة البيئة، والمسح المسـتمر لاحتياجات السكان، واسـتقصاء آراء المرضى، وتحقيق مشاركة المجتمع، ودور لجان أصدقاء المركز.
  - بعض مخرجات الرعاية الأولية، منها: رعاية المسـنين، وتحقيق الاعتماد الذاتى للمجتمع، ومشـاركة المجتمع، والتنسيق مع مؤسسات المجتمع، وتخفيض تكاليف الرعاية الصحية.

- تؤثر الإجراءات الفنية والطبية والإدارية فى مردود الرعاية الأولية تأثيراً جوهرياً.
- لا يؤثر توافر الموارد والإمكانات تأثيراً جوهرياً فى مردود الرعاية الأولية.
- أهم محددات مردود الرعاية الأولية هى: أساليب تقويم الأداء، وأنشطة صحة الأمومة والطفولة، وصحة البيئة، والمشاركة والتمكين، ورعاية الحالات الخاصة، والاستشارة الطبية، ورعاية الأمراض المزمنة، والالتزام بمبادئ الرعاية الأولية، والتنسيق لأغراض السيطرة على انتشار الأوبئة.

التوصيات:

التوصيات المتعلقة بسياسات وبرامج الرعاية الصحية الأولية:

١- توفير الموارد والإمكانات اللازمة لبرامج الرعاية الصحية الأولية، وتخصيص ميزانيات محددة لها.

٢- توفير البنية التحتية المناسبة لمراكز الرعاية الصحية الأولية بما فى ذلك المبانى والتجهيزات الأساسية وخاصة المختبرات ووسائل المواصلات.

٣- بناء نظم وشبكات معلومات متكاملة تربط المراكز الصحية والإدارات الإشرافية، وتدعم جهود التخطيط والمتابعة وقرارات التحسين المستمر.

٤- تفعيل آليات التنسيق مع البلديات المحلية لأغراض صحة البيئة، وإعطاء المراكز الصحية الصلاحيات التى تدعم هذا الدور.

٥- تفعيل نشاط التوعية الصحية فى المراكز الصحية، ووضع إستراتيجيات وبرامج موجهة للتوعية الصحية، ومساندة المراكز فى تطبيقها لضمان الالتزام بتقديم برامج ذات أهداف محددة وواضحة ومرتبطة بتوجهات برامج الرعاية الصحية الأولية الأخرى.

٦- إيجاد البرامج والآليات المناسبة لمتابعة الأمراض المزمنة، وتوفير الإمكانيات والتجهيزات اللازمة لإجراء الفحوصات الدورية فى المراكز الصحية بما يحد من الحاجة إلى مراجعة المستشفيات.

٧- وضع البرامج المناسبة لرعاية المسنين متضمنة آليات المتابعة والتنسيق للفحوصات الدورية والرعاية المستمرة بما فى ذلك الرعاية المنزلية.

٨- للقضاء على مشكلات التنسيق مع المستشفيات؛ يمكن إيجاد مجمعات طبية للعيادات التخصصية؛ لتقديم الرعاية الخارجية الثانوية والخدمات التخصصية والتشخيصية للمرضى المحولين من المراكز الصحية، خاصة المسنين للتسهيل عليهم.

٩- إيجـاد بدائل عملية لتحقيق مشـاركة المجتمع تتلاءم مع الواقـع الفعلى وقدرات المراكز الصحية، ويمكن الاسـتفادة من المجالس البلدية فى هذا المجال كما يمكن تشـكيل مجالس صحية على مسـتوى القطاعات، عوضاً عن الأحياء، لتقوم بدور فاعل فى دعم أنشطة الرعاية الأولية.

التوصيات المتعلقة بالإدارة وتقويم الأداء:

١- الاستفادة من نتائج الدراسة الحالية وتجارب الدول الأخرى فى إعداد إطار متكامل لقياس الرعاية الصحية الأولية، بالتركيز على مؤشرات المدخلات والعمليات والمخرجات.

٢- تأسـيس جهود تحسـين الجودة من خلال إيجاد بنية تنظيمية تدعم هذه الجهود وتنظمها، وتكفل استمراريتها وتجعلها جزءاً لا يتجزأ من جميع العمليات التنظيمية ومنهجاً يلتزم به جميع العاملين.

٣- الاهتمام بإرشادات الممارسة وأدلة العمل وتحديثها وفقاً للدلائل العلمية.

٤- وضع معايير للاستشـارة الطبية، وإيجاد آليات مناسبة لتنظيم مواعيد المراجعين؛ بما يضمن توفير الوقت اللازم لإجراء استشارة طبية متكاملة.

٥- إيجـاد آليات لقياس رضاء المسـتفيدين مـن خدمات الرعايـة الصحية الأولية، وتوظيف النتائج لتطوير الأداء.

التوصيات المتعلقة بتنمية الكوادر البشرية:

١- توفير المناخ المهنى وتعزيز النشاطات العلمية والفكرية الجماعية، وتشجيع انخراط جميع العاملين فيها للحد من العزلة المهنية التى يعانون منها، وتيسير اطلاعهم على المستجدات العلمية والتوجهات المهنية وتحقيق التواصل وتبادل الخبرات وبث الحيوية والنشاط.

٢- وضـع إسـتراتيجيات لتنمية القوى العاملة تتضمن برامج تدريبية متنوعة تشـمل المهارات السلوكية والفنية.

٣- وضع البدائل المناسبة؛ للتغلب على عوائق التدريب وأهمها عبء العمل.

٤- تنمية قدرات الفئات الفنية المساندة؛ لتقوم بدور أكبر فى خدمة المرضى ومساندة الأطباء وتخفيف العبء عنهم؛ ليتمكنوا من إجراء الاستشارة الطبية بشكل متكامل ودقيق.

٥- تفعيل إستراتيجيات استقطاب الكوادر المواطنة للعمل فى هذا القطاع.

٦- الاهتمـام بتطوير المهـارات الإكلينيكية للأطباء، وربط التدريـب ببرامج الرعاية الأولية ومبادرات التحسين المستمر.

آفاق البحث المستقبلية:

١- إجراء البحوث والدراسات الدورية؛ لقياس جودة الرعاية الصحية الأولية، بالتركيز على بعض المؤشـــرات **الإكلينيكية** المهمة كالاستشـــارة الطبيـــة، ووصف الأدوية، والإحالة، ورعاية ومتابعة الأمراض المزمنة.

٢- إجراء الدراسات الهادفة لتقييم برامج الرعاية الصحية الأولية المختلفة، وتشخيص مواطن ضعفها وقوتها واستنباط الدروس المناسبة.

٣- إجراء الدراســـات الدوريـــة؛ لقياس **مـــردود** الرعاية الصحية الأولية، باســـتخدام المؤشرات المناسبة.

٤- القيام بالدراســـات التى تقيس فعالية **العملية الإدارية** والبيئة التنظيمية والثقافة السائدة وآليات التنسيق والتكامل فى هذا القطاع.

المراجع

أولاً - المراجع العربية:

- محمد أديب العسـالى (١٩٩٩). "الطب المسـند: التطبيقات الحديثة للمعلوماتية فى تعليم الطب البشـري". **مجلة أبحاث الحاسـوب** (الأمانة العامة لاتحاد مجالس البحث العلمى العربية). المجلد الثالث، العدد الأول، ص ٥٧-٦٦.
- وزارة الصحة - اللجنة العلمية للجودة النوعية (١٩٩٣). "**مؤشـرات الجودة النوعية فى الرعاية الصحية الأولية**"، المملكة العربية السعودية.
- توفيق أحمد خوجه وفوزى شـحاته محمود (٢٠٠٢). "**دليل إجراءات تنظيم العمل فـى المراكـز الصحيـة**". وزارة الصحة، المملكة العربية السـعودية، الرياض، الطبعة الثانية.

ثانياً - المراجع الإنجليزية:

1. Abdalla A. Saeed, Badreldin A. Mohammed, Abdullah H. Al-Doghaither (2001)."Satisfaction and correlates of patients' satisfaction with physicians' services in primary health care centers". **Saudi Medical Journal;** 22 (3): 262-267

2. Abdullah A, Saeed A, Magzoub A, and Reeenik E, (2005). Consumer Satisfaction with primary Health Care Services in Hail City, Saudi Arabia. **Saudi Medical Journal,** 26(6):1030-1033.

3. Al-Ansary, L. and Khoja, T. (2002) **The Place of Evidence-Based Medicine Among Primary Health Care Physicians in Riyadh Region, Saudi Arabia. Family Practice;** 19(5): 537-542.

4. Al-Faris EA, Al-Dayel, MA, Ashton C. (1994). **The Effect of Patients' Attendance Rate on Consultation in a Health Centre in Saudi Arabia. Family Practice;** 11(4)446-52.

5. Al-Faris, EA., Al-Taweel, A.(1999). **"Audit of prescribing patterns in Saudi primary health care. Annals of Saudi Medicine";** 19(4): 317-321

6. Ali, M., Mahmoud, M. (1993). « A study of Patient Satisfaction with Primary Health Care Services in Saudi Arabia ", **Journal of Community Medicine,** 18(1):49-54.

7. Al-Khaldi, Y., Al-Sharif, A., Al-Jammal, M., Kisha, A. (2002). "Difficulties faced when conducting primary health care programs in rural areas", **Saudi Medical Journal,** 23(4):384-387.

8. Al-Khaldi, Y., Khan, M. (2000)."Audit of a Diabetic Health Education Program at a Large Primary Health Care Centre in Asir Region." **Saudi Medical Journal;** 21(9): 838-842.

9. Al-Mazrou, Y., Khoja, T., and Rao, M. (1995). **"Health Service in Saudi Arabia." Proceedings of the Royal College of Physicians Edinburgh.;** 25: 263-266.

10. Al-Mustafa, B., and Abularhi, H. (2003). "The Role of Primary Health Care Centres in Managing Hypertension: How Far are They Involved?" **Saudi Medical Journal;** 24(5): 460-465.

11. Al-Shammari, S. Khoja, T., and Al-Subaie, A. (1995). "Job Satisfaction and Occupational Stress Among Primary Care Centre Doctors." **International Journal of Mental Health;** 4(4): 85-95.

12. Al-Shammari, S. 1989. **"What sort of consultation? A study of the quality of patient-doctor encounter in a primary care clinic", Abstracts of the symposium on primary health care "Training and Quality in Primary Health Care",** December 10-11, 1989, Riyadh, MOH.

13. Al-Shammari, S. and Khoja, T. An Assessment of the Current Status of Continuing Medical Education (CME) Among Primary Health Care Doctors 'A Case for the Creation of A National CME Body'. **Saudi Medical Journal** 1994; 15(6): 443-449.

14. Baker R. (1998). **"Quality improvement in primary health care: a European Perspective." Quality in Health Care;** 7:1–4

15. Berwick, D. (1998) **"The NHS: Feeling well and thriving at 75",** BMJ, 317: 57-61.

16. Campbell S M, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar A, Mead N, Gelb Safran, Roland M O. (2001). "Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study". **British Medical Journal;** 323:1–6

17. Campbell S M, Sheaff R, Sibbald B, Marshall M N, Pickard S, Gask L, Halliwell S,Rogers A, Roland M O. (2002). **"Implementing clinical governance in English primary care groups/trusts: reconciling quality improvement and quality assurance." Quality and Safety in Health Care;**11:9–14

18. Campbell SM, Roland MO, Quayle JA, Buetow SA, Shekelle PG (1998). "Quality indicators for general practice: which ones can general practitioners and health authority managers agree are important and how useful are they?". **Journal of Public Health Medicine;** 20(4):414-21

19. Dashash, N. And Mukhtar, S. (2003). "Prescribing for Asthmatic Children in Primary Care: Are we Following the Guidelines?" **Saudi Medical Journal;** 24(5): 507-511.

20. De Geyndt, W. (1995). **"Managing the Quality of Health Care in Developing Countries", World Bank Technical Paper Number 358,** World Bank, 1995.

21. Donabedian, A. (1988). "The quality of care: How can it be assessed", **Journal of the American Medical Association,** 260(12).

22. Flocke Susan A. **Measuring attributes of primary care: development of a new instrument.** J Fam Pract 1997; 45:64-74

23. Gribben B, Coster G, Pringle M, Simon J. (2002). "Quality of care indicators for population-based primary care in New Zealand." New **Zealand Medical Journal;** 115(1):163-6.

24. Hearnshaw, H; Reddish, S; Carlyle, D; Baker, R. (1998). **"Introducing a quality improvement programme to primary healthcare teams." Quality in Health Care;** 7:200–208

25. Howie, G; Heaney, D; Maxwell, M; Walker, J; Freeman, G (1999). "Quality at general practice consultations : Cross sectional survey." **British Medical Journal,** 319: 738-743.

26. Institute of Medicine. (1996) **"The future of primary care."** Washington, DC: National Academy Press,.

27. Jarallah, J. Khoja, T. And Mirdad, S. (1998). "Continuing Medical Education and Primary Care Physicians in Saudi Arabia: Perception of Needs and Problems Faced." **Saudi Medical Journal;** 19(6): 720-727.

28. Jarallah, J. and Khoja, T. (1998). "Perception of Supervisors of their role in Primary Care Programmes in Saudi Arabia." **Eastern Mediterranean Health Journal;** 4(3): 530-538.

29. Jung H P, Wensing M, Olesen F, Grol R. (2002). **"Comparison of patients and general practitioners' evaluations of general practice care." Quality and Safety in health Care,** 11: 315-319.

30. Kalantan, K., Al-Taweel,A., Abdul Ghani, H. (1999). **"Factors Influencing Job Satisfaction Among PHC Physicians in Riyadh, Saudi Arabia", Annals of Saudi Medicine,** 19(5).

31. Khattab, M; Abolfotouh, M; Al-Khaldi, Y; Khan, M. (1999). **"Studying the Referral System in One Family Practice Centre In Saudi Arabia", Annals of Saudi Medicine,** 19(2).

32. Khoja, T (2001). **"Quality assurance in Primary Health Care, Saudi Arabia's Experience".** In A.F. Al-Assaf (Ed.), Health Care Quality: An International Perspective, World Health Organization, Regional Office for South East Asia, New Delhi.

33. Khoja, T. Al-Shehri, A, Khawaja, A. (1997). "Patterns of referral from health centres to hospitals in Riyadh region." **Eastern Mediterranean Health Journal;** 3(2): 236-243.

34. Khoja, T., and Kabbash, I. Perception of Mid-Level Health Managers about Primary Health Care Implementation Obstacles. **Tanta Medical Journal** 1997; 25(1): 841-861.

35. Kvamme O J, Olesen F, And Samuelsson M. (2001) **"Improving The Interface Between Primary And Secondary Care: A Statement From The European Working Party On Quality In Family Practice (Equip)". Quality In Health Care;** 10: 33-39

36. Mahfouz A, Shehata A, Mandil A, et al. (1997) **"Prescribing Patterns at Primary Health Care Level in the Asir Region, Saudi Arabia: An Epidemiologic Study." Pharmacoepidemiol Drug Safty** 6 (1):197-201.

37. Mahfouz AA , Al-Sharif AI , El-Gama MN , Kisha AH (2004). **"Primary health care services utilization and satisfaction among the elderly in Asir region, Saudi Arabia".** East Mediterr Health J, 10(3): 365-71

38. Mann, J (2001). **"Process Vs Outcome Indicators n the Assessment of Quality of healthcare." International Journal for quality in health care;** 13(6): 475-480.

39. Mansour, A., Al-Osaimi, M. (1993). "A study of Satisfaction among primary health care patients in Saudi Arabia", **Journal of Community Health,** 18(3):163-73.

40. Mansour, A., Al-Osaimi M.(1996). "A study of Health Centres in Saudi Arabia." **International Journal of Nursing Studies.** 33(3): 309-315.

41. Marshall, MN. (1999) **"Improving quality in general practice: qualitative case study of barriers faced by health authorities."** BMJ;319:164–7.

42. Marwick, J. ; Grol, R.; and Bogreil, A. (1992) **"Quality Assurance for Family Doctors", Report to the Quality Assurance Working Party, World Organization of Family Doctors.**

43. Maxwell RJ. (1984). **"Quality Assessment in Health,"** BMJ; 288:1470-1472.

44. McColl, A, Smith, H,White, P,Field, J.(1998) **"General practitioners' perceptions of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey".** BMJ,3(16).

45. McGlynn, E. (1997). **"Six Challenges In Measuring the Quality of Health Care". Health Affairs;** 16(3):7-21.

46. Ministry of Health. **"Annual Health Report,** 1424H", Ministry of Health, Saudi Arabia.

47. Moussa A, Bridges-Webb C.(1994). "Quality of care in general **practice. A delphi study of indicators and methods." Aust Fam Physician;** 23 (3):465-8, 472-3

48. Proctor, S.; Campbell, J. (1999). **"A developmental performance framework for primary care", International Journal of Health care Quality Assurance,** 12(7): 279-286.

49. Qatari, G. and Haran, D. (1999). "Determinants of Users' Satisfaction with Primary Health Care Settings and Services in Saudi Arabia. International **Journal of Quality in Health Care";** 11(6): 523-531.

50. Ramsey PG, Curtis JR, Paauw DS, Carline JD, Wenrich MD.(1998). **"History-taking and preventive medicine skills among primary care physicians: an assessment using standardized patients."** Am J Med;104(2):152-8

51. Saeed, A. Mohammed, B, Magzoub, M., and Al-Doghaither, A. (2001). "Satisfaction and Correlates of Patient's Satisfaction with Physicians' Services in Primary Health Care Centres." **Saudi Medical Journal;** 22(3): 262-267.

52. Sheldon, T. (1998). **"Promoting Health Care Quality: What role performance indicators?", Quality in Health Care,** 7(Suppl): S45-S50.

53. Siddiqui, S., Ogbeide, D., Karim, A., and Al-Khalifa, I. (2001). "Hypertension Control in a Community Centre at Riyadh, Saudi Arabia." **Saudi Medical Journal;** 22(1): 49-52.

54. Starfield B. (1990). **"Commonalties in primary care research: a view from pediatrics. In: Proceedings from AHCPR, primary care research:** an agenda for the 90's." Washington DC: US Government Printing Office, DHHS publication No.(PHS)90-3460.

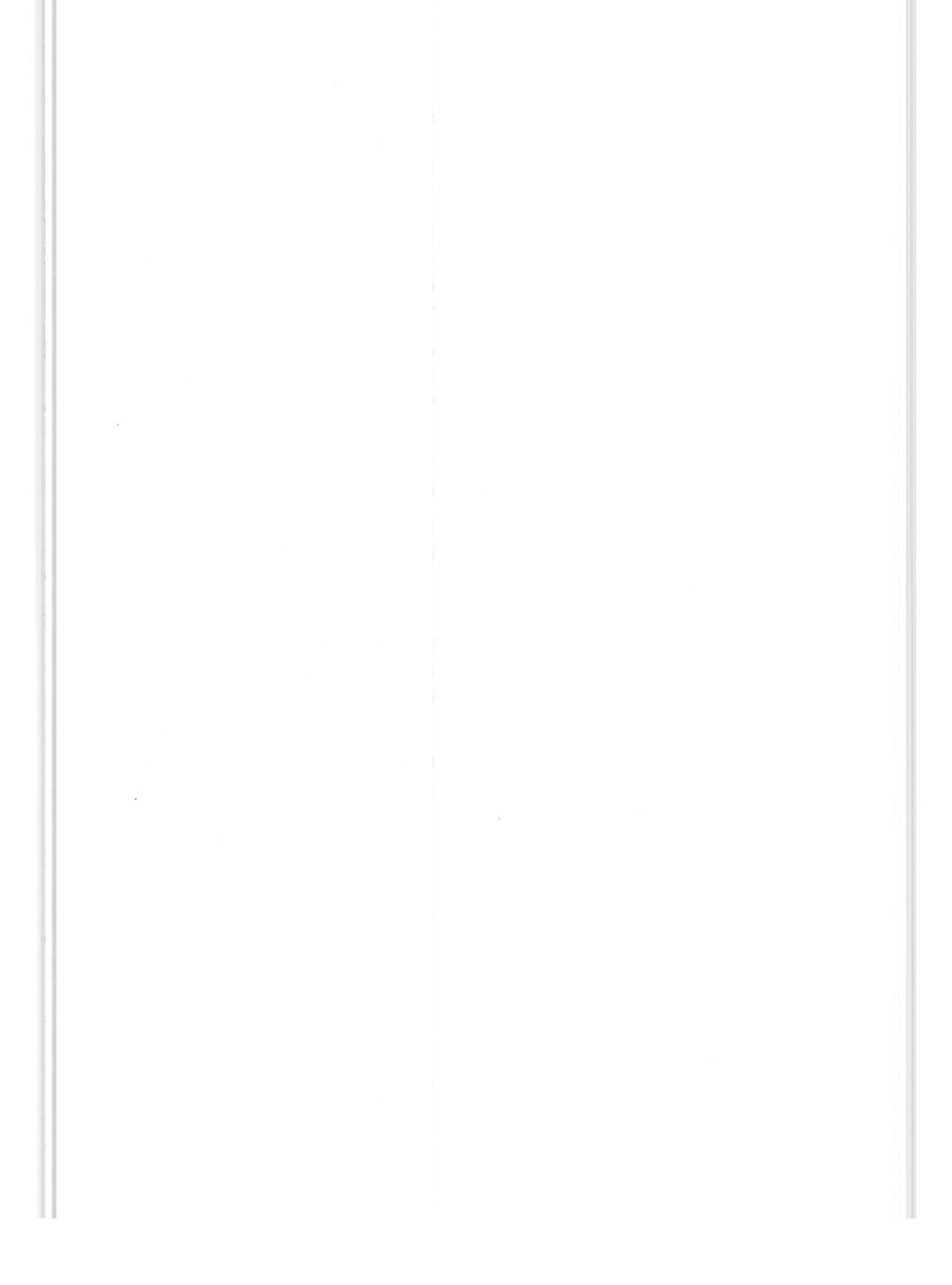
55. Stevenson K, Baker R, Farooqi A, Sorrie R, Khunti K. (2001). **"Features of primary health care teams associated with successful quality improvement of diabetes care: a qualitative study".** Fam Pract ;18(1):21-6.

56. Tomlin, Z. , Humphrey, C., Rogers, S. (1999). **"General practitioners' perceptions of effective health care".** BMJ V(318) 5.

57. Watkins, C., et al. (1999). "General practitioners' use of guidelines in the consultation and their attitudes to them." **British Journal of General Practice,** 49, 11-15.

58. Wilkinson E, McColl A, Exworthy M, Roderick P, Smith H, Moore M, Gabbay J. (2000). **"Reactions to the use of evidence-based performance indicators in primary care: a qualitative study." Quality in Health Care;** 9:166–174.

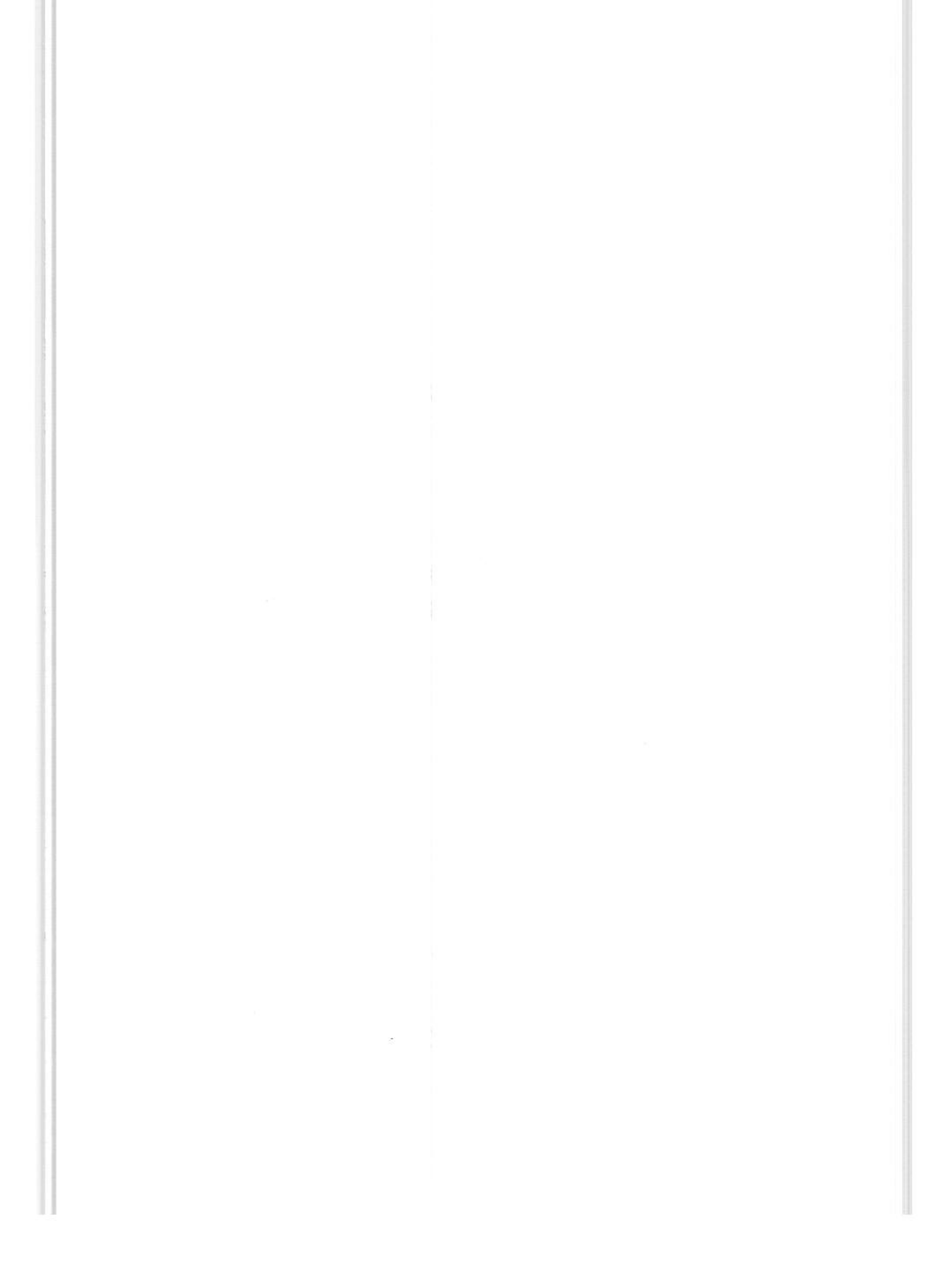
59. World Health Organization (1978). **"Primary Health Care-Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata.USSR,** 6-12 September 1978", Health for All Series, Principal Document, No1. Geneva.



الملاحق

ملحق رقم (١)
استمارة تقييم أنشطة الرعاية الصحية الأولية [1]

(١) المصدر: توفيق أحمد خوجة وفوزى شحاته محمود (٢٠٠٢).



بسم الله الرحمن الرحيم

المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
الإدارة العامة للمراكز الصحية
برنامج الإشراف الداعم للجودة النوعية

منطقـــــة:
قطـــــاع:
مركز صحى:

استمارة تقويم
أنشطة الرعاية الصحية الأولية
باستخدام مؤشرات الجودة النوعية

فى الفترة من: / / ١٤هـ إلى: / / ١٤هـ

السكان والأسر فى منطقة خدمات المركز:

١- العدد الإجمالى حسب آخر تجديد للمسح فى: /   /   ١٤هـ.

البيان	سعودى	غير سعودى	الإجمالى
عدد الأسر			
عدد السكان			

٢- توزيع السكان حسب العمر، والجنس، والجنسية:

الفئة العمرية / الجنس / الجنسية	١ >		١ – ٤		٥ – ١٤		١٥ – ٤٤		٤٥ – ٦٤		٦٥ ≤	
	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى
سعودى												
غير سعودى												
الإجمالى												

الموارد البشرية فى المركز:

التخصص / الجنس / الجنسية		طبيب أخصائى	طبيب عام	طبيب أسنان	تمريض	قابلة	فنى صيدلة	فنى مختبر	فنى أشعة	مراقب صحى	فنى إحصاء	إداريون	أخرى
سعودى	ذكر												
	أنثى												
غير سعودى	ذكر												
	أنثى												
الإجمالى													

❖ تدون جميع القوى العاملة شاملة المجازين

❖ نسبة (Ratio) الأطباء للسكان: طبيب واحد لكل .... نسمة

❖ نسبة (Ratio) التمريض للسكان: ممرضة واحدة لكل .... نسمة

الإمكانات والخدمات بالمركز الصحى:

١- المبانى:

المبنـــــى: حكومى ☐ مؤجـر ☐

حالة المبنى: سيـــئ ☐ متوسط ☐ جيد ☐

المبانى تحتوى على الخدمات التالية (ضع علامة صح فى حالة الإيجاب):

أسنان ☐	كشف رجال ☐	انتظار رجال ☐
كشف نساء ☐	انتظار نساء ☐	الملفات ☐
صيدلية ☐	مختبر ☐	أشعة ☐
ولادة ☐	طوارئ ☐	حوامل ☐
عيادة الطفل السليم ☐	إرواء بالفم ☐	تحصين ☐
إدارة ☐	مخازن ☐	صالة اجتماعات ☐
سكن للممرضات ☐	غير ذلك (حدد) ☐	

سبل المواصلات:

- إسعاف العدد النوع موديل - حالتها
- نقل العدد النوع موديل - حالتها
- وسائل اتصال هاتف ☐ فاكس ☐ بريد ☐
- الطريق إلى أقرب مستشفى .... المسافة كم نوعية الطريق ....
- الطريق إلى أقرب مركز صحى .... المسافة كم نوعية الطريق ....

الكهرباء:

- شبكة عامة ☐ مولدات ☐ مدة الإمداد ☐ ساعة

المياه:

- شبكة عامة ☐ إمداد مستمر بالسيارات ☐ صعوبة فى الإمداد ☐

النظافة:

- المستوى سيئ ☐ متوسط ☐ جيد ☐
- القائمون عليها مستخدمون من شركة نظافة ☐ لا أحد ☐

التجهيزات:

أجهزة وآلات: ☐ كافية وجيدة ☐ كافية وغير جيدة
☐ غير كافية وجيدة ☐ غير كافية وغير جيدة

أثـــــــاث: ☐ كافٍ وجيد ☐ كافٍ وغير جيد
☐ غير كافٍ وجيد ☐ غير كافٍ وغير جيد

١- مشاركة المجتمع:

المؤشرات	نعم	لا
١- وجود لجنة أصدقاء الصحة.		
٢- عدد أعضاء اللجنة.		
٣- وظيفة رئيس اللجنة.		
٤- عدد الاجتماعات خلال العام الماضى.		
٥- متوسط عدد ونسبة الحضور فى الاجتماع الواحد خلال العام الماضى.	٪	
٦- نسبة الجهات الممثلة من التالى: (عدد الأعضاء من كل فئة مقسوماً على العدد الكلى لأعضاء اللجنة × ١٠٠). - الأمير أو العمدة. - التعليم. - البلديات. - الشرطة. - أندية أهلية وجمعيات خيرية. - جهات حكومية أخرى. - الأهالى.	 ٪ ٪ ٪ ٪ ٪ ٪ ٪ ٪	
٧- نسبة تمثيل العاملين فى المركز الصحى.	٪	
٨- نسبة ما تم تنفيذه من مجموع توصيات الاجتماعات خلال العام الماضى.	٪	
٩- استكمال محاضر الاجتماعات.	٪	
	نعم	لا
١٠- مشاركة اللجنة فى مناقشة المشاكل الموجودة فى خطة المركز.		
١١- مشاركة اللجنة فى دعم بعض احتياجات المركز.		
١٢- وجود لجنة صديقات الصحة. - عدد العضوات. - عدد الاجتماعات خلال العام الماضى.		

٢- صحة الطفل:

٢-١ مؤشرات استخدام عيادة الطفل السليم:

❖ المقام: عدد الأطفال أقل من ٥ سنوات فى منطقة خدمات المركز من واقع الحصر السكانى.

الفئة	العدد	٪
عدد الأطفال المسجلين		
عدد الأطفال غير المسجلين		
الإجمالى		

٢-٢ مؤشرات متابعة النمو للأطفال دون الخامسة:

تسـحب عينة عشوائية من ملفات الأطفال مسترشـدين بسجل رعاية الطفولة لتحديد الأسماء وأرقام الملفات بالعينة على ألا يقل حجم العينة عن عشرة ملفات من كل فئة عمرية.

عدد مرات رصد النمو (الوزن)	عدد من تم رصد نموهم	العدد بالعينة	النسبة المئوية
تم إجراؤه بمعدل: - خمس مرات لمن (أتموا عامهم الأول).			
- مرتان للفئة العمرية ١ < ٢ لمن (أتموا عامهم الثانى).			
- ست مرات للفئة ٢ - ٤ عام لمن (أتموا عامهم الخامس).			
الإجمالى			

٢-٣ بيانات خاصة بالأطفال المبتسرين:

عدد المواليد أقل من ٢٥٠٠ جم	عدد المواليد الإجمالى	٪

٢-٤ مؤشرات التغذية:

الفئة العمرية	الأطفال الواقعون تحت المنطقة فى منحنى الوزن		الأطفال الذين أصبحت أوزانهم طبيعية	
	عدد (١)	نسبة *	عدد	نسبة #
١ >				
من ١ - ٤				
الإجمالى				

* المقام: عدد الأطفال فى كل فئة عمرية من واقع الحصر السكانى.

المقام: عدد (١).

٢-٥ مؤشرات المراضة بالإسهال للأطفال دون الخامسة:

المصدر: استمارة معالجة حالة الإسهال.

المؤشر	العدد	٪
حالات الإسهال بدائرة المركز (عدد الإصابات وليس المصابين)		(١)
مرات استعمال الإرواء الفموى		(٢)

(١) المقام: عدد الأطفال أقل من خمس سنوات من واقع الحصر السكانى.

(٢) المقام: عدد حالات الإسهال بدائرة المركز لدى الأطفال أقل من خمس سنوات خلال العام الماضى.

٢-٦ مؤشرات مردود البرنامج الموسع للتحصينات:

المصدر: سجل الإصابات بالأمراض السارية وسجل التطعيمات اليومى والسنوى.

الأمراض	عدد حالات الأطفال الذين سبق تحصينهم		عدد حالات الأطفال الذين لم يسبق تحصينهم		الإجمالى
	سعودى	غير سعودى	سعودى	غير سعودى	
١- الدرن					
٢- التهاب كبدى بائى					
٣- شلل الأطفال					
٤- دفتيريا					
٥- سعال ديكى					
٦- الكزاز					
٧- الحصبة					
٨- الحصبة الألمانية					
٩- النكاف					

٣- التطعيمات:

٣-١ مؤشرات التغطية بالتحصينات:

- عدد الأطفال المستهدفين خلال العام الماضى (   )

اللقاحات	عدد من تم تحصينهم	نسبة التغطية
لقاح الدرن		
لقاح الالتهاب الكبدى ب جرعة أولى		
جرعة ثانية		
جرعة ثالثة		
شلل الأطفال وثلاثى بكتيرى (١)		
شلل الأطفال وثلاثى بكتيرى (٢)		
شلل الأطفال وثلاثى بكتيرى (٣)		
لقاح الثلاثى الفيروس		
لقاح الحصبة		

٣-٢ معدل التخلف:

معدل التخلف Drop-out Rate	على عدد الأطفال المطعمين ضد الدرن مضروباً فى مائة (٪)

٣-٣ نسبة الفاقد من اللقاحات خلال العام الماضى:

اللقاح	(١) عدد زجاجات اللقاح	(٢) عدد الجرعات بالزجاجة	(٣) العدد الكلى للجرعات (حاصل ضرب ١×٢)	(٤) عدد الجرعات المعطاة	الجرعات المفقودة (بطرح ٤ من ٣) عدد ٪
الالتهاب الكبدى البائى					
شلل الأطفال					
الثلاثى البكتيرى					
الحصبة الألمانية					
النكاف					
الحصبة					
الكزاز					
الثلاثى الفيروسى					
الدرن					

٣-٤ مؤشرات التغطية بالتحصينات:

- هل يوجد ترمومتر لقياس درجة حرارة الثلاجة؟

نعم ☐ عدد ☐ لا ☐

- هل يوجد مقيم لسلامة اللقاحات بالثلاجة؟

نعم ☐ لا ☐

- هل تسجل درجة حرارة الثلاجة صباحاً ومساءً بانتظام؟

نعم ☐ لا ☐

- هل يوجد بيان بعدد جرعات اللقاحات وأنواعها وأرقام التشغيلة وتاريخ الصلاحية؟

نعم ☐ لا ☐

٤- الإحالة:

١- معدل الإحالة (العدد الإجمالى للمحالين مقسوماً على عد المراجعين خلال العام) (٪)

٢- هل يتبع المركز نظام حجز مواعيد للمحالين للمستشفيات:

المستشفى	نعم	لا
١-		
٢-		
٣-		
٤-		
٥-		

تحسب عينة عشوائية من الإحالات الراجعة بالملفات الصحية مسترشدين بسجل الإحالة لتحديد الأسماء وأرقام الملفات بالعينة على ألا يقل حجم العينة عن (٣٠) اسماً من المسجلين بسجل الإحالة ثم تعبأ المؤشرات التالية:

٣- نسبة التقارير الراجعة إلى المركز من مجموع الإحالات.

٤- عدد ونسبة المرضى الذين حصلوا على موعد فى المستشفى خلال:

المدة	نفس اليوم	أسبوع	أسبوعان	ثلاثة أسابيع	أكثر	لا ينطبق
العدد						
النسبة						

٥- نسبة نماذج الإحالة المكتملة المعلومات (إذا نقصت أى عنصر تعتبر غير مكتملة):

المركز	٪
المستشفى	٪

٦- نسبة نماذج الإحالة المكتوبة بوضوح من:

المركز	٪
المستشفى	٪

٧- النسبة المئوية للإحالات التى اختلف فيها التشخيص (٪)

٥- ضغط الدم المرتفع:

المؤشر	٪
١- ما هو معدل الانتشار للمرض فى منطقة خدمات المركز؟	٪
٢- مــا هو معدل الحدوث فى العام الماضى (عدد الحالات المكتشــفة خلال العام مقسوماً على تعداد السكان الإجمالى)؟	٪
٣- التشخيص والمتابعة: تفحص ملفات جميع الحالات المكتشفة خلال العام الماضى - إذا زادت على عشرين حالة تسحب عينة عشوائية - وتعبأ المؤشرات التالية:	
٣-١ نسبة من تم قياس ضغط الدم لهم ثلاث مرات على الأقل قبل بدء العلاج.	٪
٣-٢ هل سجلت الأشياء التالية أثناء الزيارة الأولى (ضع نسبة مئوية):	
- التدخين.	٪
- التاريخ العائلى.	٪
- التاريخ الاجتماعى النفسى.	٪
٣-٣ نسبة المرضى الذين تم أخذ القياسات التالية لهم فى كل زيارة:	
أ - الوزن.	٪
ب - ضغط الدم أكثر من مرة.	٪
٣-٤ نسبة المرضى الذين أجريت لهم الفحوضات التالية مرة على الأقل:	
أ - السكر فى الدم.	٪
ب - نسبة الدهون فى الدم.	٪
ج - وظائف الكلى.	٪
د - تخطيط القلب.	٪
هـ- أشعة الصدر.	٪
٣-٥ نســبة المرضى الذين انخفض ضغطهم الانبســاطى إلــى أقل من ٩٠ مم زئبقى من بين المعالجين فى ثلاث زيارات متتالية خلال العام الماضى.	٪
٣-٦ هل سجلت الأدوية والجرعات وتكرارها فى الملف العائلى؟	٪
٣-٧ هل سجلت الأعراض الجانبية للأدوية؟	٪
٣-٨ نسبة المرضى الذين لم تحدث لهم مضاعفات.	٪
٣-٩ نسبة المرضى الذين حدثت لهم المضاعفات التالية:	
- السكتة الدماغية.	٪
- اعتلال الشبكية.	٪
- فشل القلب.	٪
- احتشاء عضلة القلب.	٪
- فشل الكلى.	٪

٦- السكر:

المؤشر	الحد الأعلى للدرجة	الدرجة المناسبة للمركز
الإجابة بنعم تعنى الحصول على الدرجة كاملة:		
١- هل توجد عيادة متخصصة للعناية بمرضى السكرى؟ إذا كان الجواب (لا) هل يوجد نظام مواعيد لمتابعة مرضى السكرى؟	١٠	
٢- هل هناك ممرض (ممرضة) مدربين لتثقيف مرضى السكرى؟	٥	
٣- هل يوجد شرائط وقوارير تحليل البول؟	٥	
٤- هل يمكن قياس مستوى السكر بالدم فى المركز الصحى؟	٥	
٥- هل الأدوية الأساسية متوافرة فى الصيدلية؟ - الحبوب الخافضة للسكرى. - الأنسولين بنوعيه (NPH, Sohuble). - محلول الجلوكوز بالوريد.	 ٥ ٥ ٥	
٦- هل هناك نظام لتحديد مرضى السكرى إما بواسطة وضع علامة على الملف أو باستعمال فهرس المرضى؟	٥	
٧- اسحب عينة عشوائية على غرار ما اتبع فى عينة مرضى الضغط ولاحظ هل تم الالتزام بملء استمارة مرضى السكرى بما لا يقل عن زيارتين سواء كان المريض جديداً أو المتابعة السنوية للنقاط التالية: ٧-١ هل تم تصنيف المريض؟ ٧-٢ البيانات التعريفية؟ ٧-٣ قائمة المشاكل الصحية؟ ٧-٤ قائمة التذكير السنوية؟ ٧-٥ قائمة المتابعة؟ ٧-٦ قائمة التذكير التثقيفية؟ ٧-٧- أ - هل اتبعت خطة المتابعة والعلاج للمرضى من النوع (٢)؟ ٧-٧- ب - هل تم تحويل المريض من النوع (١) والحوامل إلى المستشفى؟	 ٥ ٥ ٥ ٥ ٥ ٥	
٨- هل أعطى المريض موعداً مناسباً للزيارة القادمة؟	٥	
٩- هل تم التحويل إلى الأخصائين المناسبين حسب ما اقترح فى البروتوكول فى الوقت المناسب؟	٥	
١٠- هل نسبة المرضى المتخلفين عن مراجعة المركز خلال الستة أشهر الماضية أقل من (٢٠٪) من إجمالى مرض السكر؟	٥	

٧- الأدوية الأساسية:

المؤشر	النسبة المئوية
[اسحب عينة عشوائية بحيث يتم اختيار يوم من كل شهر عشوائياً (٦ أيام تمثل ستة شهور) ثم تسحب خمس وصفات عشوائياً من وصفات كل يوم باستخدام الطريقة العشوائية المنتظمة (Systematic Random Sample) (يلاحظ استبعاد الوصفات التى لا تحتوى على أدوية مثل وصفات الضماد والمختبر ...)] ١- نسبة الوصفات الطبية المصروفة للمرضى التى تم تسجيلها فى الملف الصحى؟ (يتم مقارنة الوصفات المختارة عشوائياً باستمارة المتابعة العلاجية بالملف الصحى).	٪
٢- نسبة الوصفات الطبية التى تحتوى على اختصارات غير معروفة وغير معتمدة بدليل الجودة.	٪
٣- نسبة الوصفات الطبية التى تحتوى على أكثر من ثلاثة أدوية.	٪
٤- نسبة الوصفات التى تحتوى على الأسماء غير العلمية للأدوية (المقصود أن تكون جميع الأدوية بالوصفة مكتوبة بأسمائها العلمية).	٪
٥- نسبة الوصفات الطبية التى تحتوى على أدوية خارج قائمة الأدوية الأساسية للمراكز الصحية؟	٪
٦- نسبة الوصفات التى تحتوى على تداخلات دوائية أو أخطاء طبية؟	٪
٧- نسبة الوصفات غير متكتملة العناصر؟ (مثل اسم المريض - عمره - جنسه - التشخيص - اسم الطبيب - توقيعه - التاريخ - اسم المركز - أسماء الأدوية - الجرعة - عدد مرات الجرعة - عدد الأيام - الأسابيع ... إلخ) إذا فقدت الوصفة أى عنصر من عناصرها تعتبر غير مكتملة.	٪

تابع - الأدوية الأساسية:

المؤشر	نعم	لا
٩- هل يتم تخزين الأدوية بالصيدلية والمستودع (إن وجد) وحسب الأسس والأصول العلمية الواردة بالدليل؟		
١٠- هـل هناك مكان خاص للأدوية الإسعافية والطـوارئ معروفاً لدى العاملين؟		
١١- هل يعطـى الصيدلى التعليمـات الخاصة بالـدواء للمريض بصورة صحيحة مكتوبة وشـفهياً بحيث يتـم التأكد أن المريض فهم طريقة الاسـتعمال والتعليمات الواجـب اتباعها عند أخذ الـدواء وحفظه (بالملاحظة)؟		
١٢- هل يقوم الصيدلى بإبلاغ الأطباء بأسماء الأدوية وكمياتها التى وصلت من التموين الطبى حديثاً بصفة دورية؟ (بسؤال الأطباء).		
١٣- هـل يقوم الصيدلى بتسـديد وتحديث بيانات السـجلات المعتمدة الخاصة بالأدوية؟ (راجع سـجل عهـدة الصيدلية والمدورات وصور الطلبيات).		
١٤- هـل يتم ترتيب وتصنيف الأدوية على الأرفف ووضع بطاقات تعريفية موضح بها الاسم وتاريخ الصلاحية؟		
١٥- هل هناك سجل خاص بالأدوية المقيدة والمخدرة؟		
١٦- هل ترسل المدورات إلى المستودعات بالمنطقة حسب النظام؟		
١٧- هل يتم اتباع نظام صرف وصفة الأدوية المخدرة حسب دليل إجراءات الأدوية المخدرة ونظام الأدوية النفسية الصادر من قبل الوزارة؟		

٨- التوعية الصحية:

١- مؤشرات الخدمة:

	نعم	لا
١-١ الخطة: أ - هل تم تحديد المشاكل الصحية حسب الأولية فى منطقة خدمات المركز (المصدر: خطة المركز).		
ب - هل تم الإعداد المسبق لرسائل التوعية الصحية الملائمة؟ (راجع عينة من محاضرات التوعية الصحية)		
ج - هل هناك برنامج زمنى للتوعية الصحية: - داخل المركز الصحى. - خارج المركز الحصى.		
د - نسبة المحاضرات المنفذة من المستهدف من الخطة.	٪	

١-٢ نسب التغطية والمعدلات لأنشطة التوعية الصحية:	النسبة المئوية
أ - نسبة التغطية للمدارس المختلفة بمنطقة خدمات المركز (عدد المدارس التى تم زيارتها بغرض التوعية الحصية مقسوماً على عدد المدارس الكلى بمنطقة خدمات المركز).	٪
ب - نسبة المشاركين من أعضاء الفريق الصحى الفنيين فى محاضرات التوعية الصحية (المصدر: سجل التوعية الصحية). فى حالة انخفاض هذه النسبة اذكر الأسباب.	٪

٢- التجهيزات الخاصة بالتوعية الصحية (الموارد المادية):

	موجودة وبحالة جيدة	موجودة وبحالة سيئة	غير موجودة	الاستعمال خارج المركز	
				نعم	لا يذكر السبب
١- جهاز فيديو					
٢- جهاز تليفزيون					
٣- نشرات وكتيبات					
٤- ملصقات					

٣- التنسيق مع الجهات المستهدفة بالتوعية الصحية:

المؤشر	نعم	لا	ملاحظات المشرف
١- يتم إعداد مكان مناسب لعقد الندوة للمستهدفين (غالباً).			
٢- حضور الشخصيات المهمة والمؤثرة.			
٣- يتم مشاركة هذه الجهات ببعض الأجهزة المساعدة (تلفزيون، فيديو) عند الحاجة.			
٤- يتم استطلاع رأى الجهات ذات العلاقة في المواضيع والمشكلات الصحية ذات الأولوية التى يحتاجون لمزيد من التوعية فى مجالها (المصدر: خطة عمل المركز).	دائماً	أحياناً	مطلقاً

٩- رعاية الأمومة:

١- مؤشرات البنية:

المؤشر	نعم	لا
١-١ فى حالة وجود غرفة ولادة بالمركز، هل تجهيزات الغرفة مناسبة؟		
١-٢ هل توجد قابلة أو ممرضة مدربة بالمركز؟		
١-٣ هل تتوافر بطاقة الأمومة؟		
١-٤ هل سجل رعاية الأمومة متوافر بالمركز؟		

٢- مؤشرات التغطية بالخدمات:

المؤشرات (الإجراءات)	البسط بالأرقام	المقام بالأرقام	النسبة المئوية
٢-١ نسبة الحوامل المسجلات من مجموع الحوامل بمنطقة عمل المركز. (المصدر: سجل رعاية الحوامل).	عدد الحوامل المسجلات بالمركز.	مجموع الحوامل بمنطقة عمل المركز.	
٢-٢ نسبة الحوامل المسجلات اللاتى راجعن خمس مرات أو أكثر لمن تمت ولادتهم.	من راجعن خمس مرات أو أكثر من اللاتى تمت ولادتهن.	مجموع من تمت ولادتهن خلال الفترة نفسها بمنطقة عمل المركز.	
٢-٣ نسبة الحوامل اللاتى تلقين التطعيم ضد الكزاز لمن انتهى حملهن.	عدد من أكملن التطعيم ضد الكزاز حسب التعميم الوزارى.	عدد من تمت ولادتهن إجمالاً.	
٢-٤ أ - نسبة من ولدن بالمستشفى. ب- نسبة من ولدن بالمركز الصحى. ج - نسبة من ولدن بالمنزل.	أ - عدد الولادات بالمستشفى ب- عدد الولادات بالمركز. ج - عدد الولادات بالمنزل.	عدد من تمت ولادتهن إجمالاً.	أ ٪ ب ٪ ج ٪
٢-٥ نسبة حالات الحمل الخطر من مجموع المسجلات. (المصدر: سجل الحالات المعرضة للخطر).	حالات الحمل الخطر.	مجموع الحوامل المسجلات.	

٣- مؤشرات الخدمة:

المؤشرات (الإجراءات)	البسط بالأرقام	المقام بالأرقام	النسبة المئوية
اسـحب عينة عشوائية من بطاقات الأمومة للسـيدات اللاتى ولدن خلال العام الماضى بحيث لا يقل حجم العينة عن (٣٠) بطاقة.			
٣-١ نسبة الحوامل اللاتى تم تحديد فصيلة الـدم وعامـل رصيص لهن.	عدد الحوامل اللاتى تم تحديد الفصيلة وعامل رصيص لهن من مجموع العينة.	مجموع البطاقات فى العينة العشوائية.	
٣-٢ نسبة من تم قياس ضغطهن فى كل زيارة.	عدد الحوامل اللاتى تم قياس ضغطهن فى كل زيارة.	مجمـوع البطاقـات التى تمثل العينة.	
٣-٣ نسبة الحوامل اللاتي تم فحص الزلال لهـم ثلاث مرات أو أكثر خلال الحمل.	عدد مـن تم فحص بولهن للـزلال ثـلاث مـرات أو أكثر.	مجموع البطاقات التى العينة العشوائية.	
٣-٤ نسبة الحوامل اللاتى تم فحص بولهن للسكر فى كل زيارة خلال الحمل.	عدد الحوامل اللاتي تم فحص بولهن للسكر ٣ مرات أو أكثر خلال الحمل.	مجموع البطاقات فى العينة العشوائية.	
٣-٥ نسـبة الحوامـل المسـجلات اللاتى تم قيـاس الهيموجلوبين لهن ثلاث مرات خلال حملهن.	من تم قياس الهيموجلوبين لهن ٣ مرات أو أكثر خلال الحمل.	مجمـوع البطاقـات التى تمثل العينة.	
٣-٦ نسبة النفسـاوات اللاتى تلقين زيارة واحدة أو أكثر خلال العشرة أيـام الأولى للنفاس. (المصدر: سجل رعاية الحامل).	عدد من تمت زيارتهن فى النفاس.	مراجعة سجل الزيارات المنزلية وتحديد عدد الولادات خلال الفترة نفسها.	

ما عدا اليوم الأول، ولا تعتبر زيارة النفساء للمركز زيارة منزلية ولا الاتصال الهاتفى.

١٠- الأمراض السارية:

١- المؤشرات للموارد والبنية الأساسية:

١-١ الموارد البشرية:

المصدر (ملفات القوى العاملة بالمركز)

الموارد البشرية	التوافـــــــــــــر		
	متوافـــــــــــر		غير متوافر
	مدرب	غير مدرب	
طبيب *			
مراقب صحى **			
ممرض (ممرضة) ***			

* تلقى دورة تدريب أساسى ودورة جودة نوعية.

** تلقى دورة مراقبين صحيين.

*** تلقى تدريب على أعمال المراقب الصحى.

١-٢ الموارد المادية:

المادة	متوافر	غير متوافر
أدوات أخذ العينات		
مطهرات كيماوية		
النماذج والسجلات الرسمية		

٢- مؤشرات الإجراءات:

٢-١ المؤشرات الحيوية والديموغرافية:

الخدمة (الإجراء)	نعم	لا	لم تكتمل	ملاحظات
أ - هل تم تحديد منطقة خدمات المركز جغرافياً بدقة؟ ب- هل تم التعرف على الأمراض الطفيلية والمعدية وتحديدها بالترتيب حسب معدلات انتشارها بمنطقة خدمات المركز. ج - هل تم عمل مقارنة بما يتم لهذه الأمراض بمعدلات الانتشار؟ د - هل توجد خريطة وبائية لمنطقة خدمات المركز؟				

٢-٢ مؤشرات الوقاية والمكافحة للأمراض السارية:

تسحب عينة عشوائية من الحالات المكتشفة فى العام الماضى مع التركيز على حالات التسمم الغذائى والحمى المخية الشوكية والالتهاب الكبدى.

استخدم سجل الأمراض السارية لتحديد الحالات فى العينة المختارة ثم تتبعها فى ملف الأسابيع الدولية وملف الشهرية السارية وملف الاستقصاء الوبائى (إن وجد) أجب عن التالى:

العناصر	نعم	لا	ملاحظات
١- هل تم التبليغ حسب ما جاء بأحدث التعاميم؟			

تدابير نحو المخالطين:

على المشرف الاستمرار فى فحص العينة التى اختارها ثم يكتب تعليقه على ما يلى:	**نعم**	**لا**	**لا ينطبق**
١- هل تم عمل قائمة بالمخالطين؟			
٢- هل أخذت عينات من المخالطين؟			
٣- هل تم إعطاء تطعيم / علاج وقائى للمخالطين؟			

٢-٣ حفظ السجلات والمهام الإحصائية:

هل النماذج والسجلات التالية: يجب أن يراعى فى النماذج والسجلات أن تكون أحدث ما ورد من الوزارة.	**متوافرة**		**معبأة بطريقة صحيحة**	
	نعم	**لا**	**نعم**	**لا**
❖ سجل الأمراض السارية. ❖ سجل عينات المياه. ❖ سجل الزيارات الميدانية. ❖ سجل التطعيمات.				

❖ هل يتم إرسال النماذج الإحصائية والتقارير بانتظام وفى المواعيد المحددة للمستويات الأعلى؟

أ - الأسابيع الدولية ☐ نعم ☐ لا

ب - شهرية سارية ☐ نعم ☐ لا

ج - استمارات الاستقصاء الوبائى ☐ نعم ☐ لا

١١- إصحاح البيئة:

المؤشر	نعم	لا	ملاحظات
١- هل هناك خريطة لصحة البيئة محدداً عليها مواقع ومصادر مياه الشرب ومحلات الأغذية ومساكن العمال وغيرها؟			
٢- هل توجد خطة زمنية لزيارة مصادر المياه ومحلات الأغذية وغيرها؟			
٣- هل يوجد بالمركز ثلاجة لحفظ العينات وصناديق تبريد لنقلها؟			
٤- هل يوجد جهاز كلوروسكوب مع الكواشف بالمركز؟			
٥- هل يوجد بالمركز السجلات المعتمدة الخاصة بالأعمال الوقائية؟			
٦- هل يوجد قوارير معقمة بصفة مستمرة خلال العام الماضى لإرسال عينات المياه للفحص الجرثومى؟			

٧- عدد ونوعية ومصادر مياه الشرب فى المنطقة إذا لم تكن هناك شبكة عامة: آبار (   )، نبع (   )، تجمعات أمطار (   )، محطات تحلية (   ).

	العدد	النسبة	ملاحظات
٨- عدد عينات المياه غير الصالحة ونسبتها للعدد الكلى للعينات خلال عام.			
٩- عدد مصادر المياه التي تم علاجها لعدم الصلاحية ونسبتها إلى عدد المصادر غير الصالحة خلال عام.			
١٠- عدد محلات تداول الأغذية بالمنطقة.			
١١- عدد المحلات التى عليها ملاحظات ونسبتها إلى المحلات التى تم زيارتها.			
١٢- عدد المحلات التى تجنبت الملاحظات ونسبتها إلى المحلات التى عليها ملاحظات.			

١٣- عدد الحالات ومعدل الحدوث للأمراض التالية خلال عام:

المرض	عدد الحالات	معدل الحدوث
أ - الحمى المالطية		
ب - الدوسنتاريا الأميبية		
ج - التيفود		
د - الالتهاب الكبدى (أ)		
هـ - التسمم الغذائى		
ز - الإسهال بين الأطفال أقل من خمس سنوات		

ملاحظات:

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

توصيات عملية ومحددة:

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

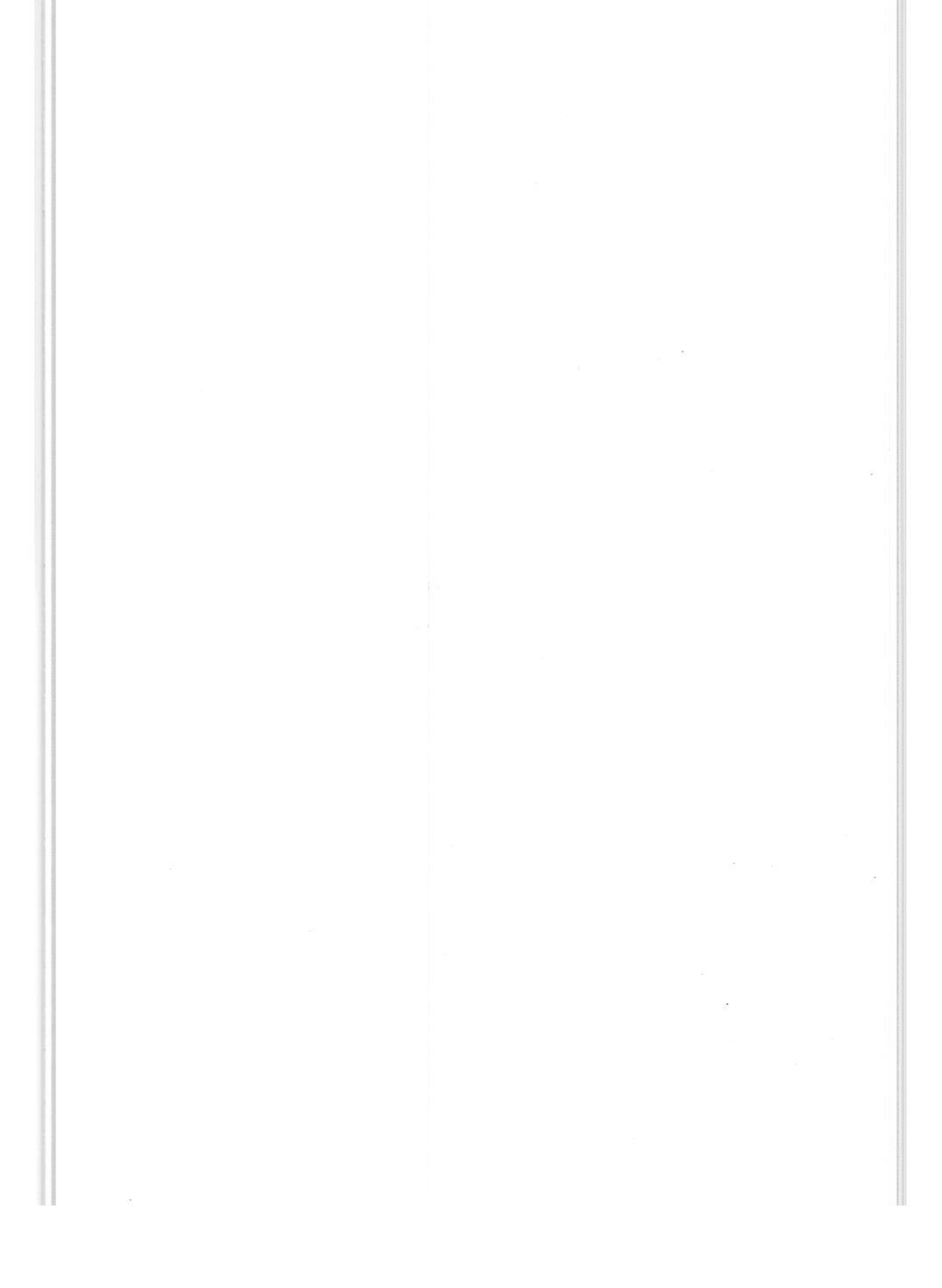
....

....

....

المشرف الفنى:	مساعد الرعاية الصحية الأولية بالمنطقة:
الاسـم:	الاسـم:
التوقيع:	التوقيع:
التاريخ:	التاريخ:

ملحق رقم (٢)
أداة جمع المعلومات



المملكة العربية السعودية
معهد الإدارة العامة
مركز البحوث

أخي الطبيب / أختي الطبيبة:

تعتبر الرعاية الصحية الأولية إحدى الركائز الأساسية للنظام الصحي في المملكة. ومما لا يدعو للشك، أن جودة الرعاية هي محور اهتمام العاملين والقائمين على هذا القطاع، والذين يسعون إلى الارتقاء بالخدمات المقدمة لتحقق الأهداف الموضوعة لها بما يتناسب مع تطلعات المجتمع.

ومن هذا المنطلق يقوم مركز البحوث بمعهد الإدارة العامة بإجراء دراسة تسعى إلى التعرف على سبل تطوير خدمات الرعاية الصحية الأولية في المملكة والارتقاء بها من خلال استقصاء آراء الأطباء العاملين في هذا القطاع.

وحرصاً على الاستفادة من جميع وجهات النظر وخبرات الأطباء العاملين في هذه المراكز على اختلاف جنسياتهم؛ تم إعداد هذه الاستبانة باللغتين العربية والإنجليزية.

آمل التكرم باستكمال بيانات الجزء العربي من الاستبانة بصدق وموضوعية، مع تأكيدي بأن المعلومات لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

وتقبلوا خالص الشكر والتقدير لتعاونكم.

الباحث

KINGDOM OF SAUDI ARABIA
Institute Of Public Administration
Center for Research

Dear Physician:

Primary Health care in one of the cornerstones of the Saudi Arabin health care systim. Quality of services has always been the main concern for people working in the healthcare field.

The Research Center at the Institute of Public Administration is conductiong this study in order ti explore opportunities for improvement of primary health care services through the survey of physicians working in this fiele.

In order to consider the point of view of all workers in this field. this questionnaire was wrtten in both English and Arabic. Please complete the English section if Arabic is not your native language.

The information included in the questionnaire will be used only for research purposes and is strictly confidential.

Thank you for your time and cooperation.

The Researcher

أولاً- البنيـة التحتيـة ومـوارد الرعاية الصحية الأولية:

I. Structure of primary healthcare services

استـخدم المقياس التالـى لتقييم مدى توافر العناصـر التالية فى المركز الذى تعمل فيه:

Please indicate use the scale below to indicate your assessment of the structure in this center:

7	6	5	4	3	2	1
غير متأكد	ممتاز	جيد جداً	جيد	مقبول	ضعيف	ضعيف جداً
Uncertain	Excellent	Very good	Good	Fair	Poor	Very Poor

Statements	درجة Score	العبارات
1-Opportunity to attend training programs in primary healthcare		١- إتاحـة الفرصة للالتحاق ببرامج تدريبية فى مجال الرعاية الصحية الأولية.
2-Ability to attend symposia and conferences in PHC		٢- إتاحة الفرصة لحضور الندوات فى مجال الرعاية الصحية الأولية.
3-Availability of adequate laboratory and x ray equipment		٣- توافر التجهيزات المناسـبة فى المختبر وفى قسم الأشعة.
4-Availability of computers for data entry and analysis		٤- توافـر أجهزة الحاسـب الآلـى لإدخال وتحليل البيانات الإحصائية.
5-Availability of adequate equipment for environmental health services		٥- توافر التجهيزات المناسبة لأنشطة صحة البيئة.
6-Availability of adequate equipment in patient examination rooms		٦- توافـر التجهيزات المناسـبة فى غرف فحص المرضى.
7-Adequate storage equipment for medications and vaccinations		٧- توافر التجهيزات المناسبة لحفظ الأدوية والمواد.
8-Proper functioning of patient waiting rooms		٨- توافـر التجهيزات المناسـبة فى غرف انتظار المرضى.

9-Adequate funding for health education activities		٩- توافر التمويل المناسب لأنشطة التوعية الصحية.
10-Adequate means of transportation for the health team		١٠- توافر وسائل المواصلات المناسبة لتنقلات الفريق الصحى.
11-Adequate supply of pharmaceuticals and medical supplies		١١- توافر الأدوية والمواد الطبية الأساسية.
12-Qualification and competency of physicians		١٢- مدى كفاءة وتأهيل الأطباء.
13-Staff awareness of the objectives and methods of Primary healthcare		١٣- إلمام العاملين بأهداف وأساليب الرعاية الصحية الأولية.
14-Qualification and competency of nurses		١٤- مدى كفاءة وتأهيل الممرضين.
15-Qualification and competency of technicians (pharmacy, lab ...etc)		١٥- مدى كفاءة وتأهيل الفنيين (الصيدلية، المختبر ...).
16-Qualification and competency of administrators		١٦- مدى كفاءة وتأهيل الإداريين.

II. Assessment of technical activities and procedures

ثانياً- تقييم الأنشطة والإجراءات الفنية:

Please Use the scale below to assess technical activities and procedures in this center:

استخدم المقياس التالى لتقييم الأنشطة والإجراءات الفنية فى المركز:

7	6	5	4	3	2	1
غير متأكد	ممتاز	جيد جداً	جيد	مقبول	ضعيف	ضعيف جداً
Uncertain	Excellent	Very good	Good	Fair	Poor	Very Poor

Statements	درجة Score	العبارات
1-Health education of individuals, families, groups, and the public		١- التوعية الصحية للأفراد والأسر والمجموعات والعامة.
2-Provide health education according to the needs of the local community		٢- توفير التوعية الصحية المناسبة لاحتياجات المجتمع المحلى.
3-Provision of essential drugs		٣- توفير الأدوية الأساسية لجميع المرضى.
4-Adequate instruction		٤- توجيه المرضى للاستخدام السليم للأدوية.
5-Conducting field visits of industrial and residential locations to identify health and environmental problems		٥- القيام بزيارات ميدانية للأماكن الصناعية والسكنية للتعرف على المشكلات الصحية والبيئية.
6-Identify polluted areas in the community		٦- تحديد مواقع التلوث البيئى فى منطقة الخدمة.
7-Safety and prevention precautions used by staff (use of gloves and prevention of infections)		٧- احتياطات الوقاية والسلامة التى يتبعها العاملون فى المركز (استخدام القفازات ومراعاة عدم نقل العدوى بين المرضى).
8-Procedure for adequate disposal of medical waste		٨- إجراءات التخلص الآمن من النفايات الطبية.

9-Sterilization, cleaning and hygiene procedures in the center		٩- إجراءات النظافة والتعقيم فى المركز.
10-Focus on prevention on all aspects of care		١٠- التركيز على الوقايـــة فى جميع جوانب العمل.
11-Application of the principles and concepts of Primary healthcare		١١- تطبيق العاملين لمفاهيم وأسس الرعاية الصحية الأولية.

III. Assessment of medical activities and procedures

ثالثاً- تقييم الأنشطة والإجراءات الطبية:

Please Use the scale below to assess medical activities and procedures in this center:

استخدم المقياس التالى لتقييم الأنشطة والإجراءات الطبية فى المركز:

7	6	5	4	3	2	1
غير متأكد	ممتاز	جيد جداً	جيد	مقبول	ضعيف	ضعيف جداً
Uncertain	Excellent	Very good	Good	Fair	Poor	Very Poor

Statements	درجة Score	العبارات
1-Provision of prenatal care		١- الرعاية الصحية للأم قبل وأثناء الحمل وبعد الولادة.
2-Comprehensive care for children under 5 years of age		٢- رعاية الأطفال دون سن خمس سنوات.
3-Provision of essential care to patients with Asthma		٣- تقديم الرعاية الأساسية لمرضى الربو والحساسية.
4-Provision of essential care to patients with Diabetes		٤- تقديم الرعاية الأساسية لمرضى السكرى.
5-Detect and treat nutritional disorders in the community		٥- اكتشاف أمراض سوء التغذية وعلاجها.
6-Institute appropriate nutritional programs for at risk population (children, mother, elderly)		٦- وضع برامج غذائية ملائمة للفئات الأكثر عرضة للخطر (الأطفال، المسنين، الأمهات).
7-Provision of essential care to patients with hypertension		٧- تقديم الرعاية الأساسية لمرضى ضغط الدم.

8-Provision of essential mental and psychiatric care		٨- تقديم الرعاية الأساسية لحالات الأمراض النفسية والعقلية.
9- Provision of essential geriatric care		٩- تقديم الرعاية الأساسية للمسنين.
10-Provision of essential oral and dental care		١٠- رعاية الفم والأسنان.
11-Provision of comprehensive immunization		١١- تقديم خدمات تحصين متكاملة.
12-Focus on prevention on all aspects of care		١٢- التركيز على الوقاية فى جميع جوانب العمل.
13-Safety and prevention precautions used by staff (use of gloves and prevention of infections)		١٣- احتياطات الوقاية والسلامة التى يتبعها العاملون فى المركز (استخدام القفازات ومراعاة عدم نقل العدوى بين المرضى).
14-Application of comprehensive medical exam for all members of the family		١٤- إجراء الفحص الطبى الشامل لكل أفراد الأسرة.
15-Application of the principles and concepts of Primary healthcare		١٥- تطبيق الأطباء لمفاهيم وأسس الرعاية الصحية الأولية.
16-Procedures for care of critical and emergency cases		١٦- إجراءات رعاية الحالات الإسعافية والطارئة.

IV. Assessment of administrative activities and procedures

رابعاً- تقييم الأنشطة والإجراءات الإدارية:

Please Use the scale below to assess administrative activities and procedures in this center:

استخدم المقياس التالى لتقييم الأنشطة والإجراءات الإدارية فى المركز:

7	6	5	4	3	2	1
غير متأكد	ممتاز	جيد جداً	جيد	مقبول	ضعيف	ضعيف جداً
Uncertain	Excellent	Very good	Good	Fair	Poor	Very Poor

Statements	درجة Score	العبارات
1-Coordination procedures with hospitals for patient referals		١- إجـراءات التنسـيق مع المستشـفيات لإحالة المرضى.
2-Coordination with the appropriate agencies for food hygiene		٢- التنسـيق مع الجهات المعنية فيما يتعلق بفحص وسلامة الغذاء.
3-Coordination with the appropriate agencies for provision and protection of drinking water		٣- التنسـيق مع الجهات المعنية فيما يتعلق بتوفير وسلامة مياه الشرب.
4-Conducting disease surveillance to identify epidemics and sources of infection		٤- إجـراء الاسـتقصاء الوبائى لاكتشـاف الأمراض الوبائية والتعرف على مصادر العدوى.
5-Hospital feedback regarding referred cases		٥- المعلومـات الراجعة من المستشـفيات عن الحالات التى تم تحويلها.
6-Patient record filing and retrieval		٦- إجراءات حفظ واسترجاع سجلات المرضى.
7-Collection and preparation of health and demographic statistics		٧- إجراءات إعـداد الإحصائيات الصحية والسكانية.

8-Data available on the health needs of the service community		٨- المسح المستمر للاحتياجات الصحية لمجتمع الخدمة.
9-Community leaders' Participation in determining healthcare priorities		٩- مشاركة قيادات المجتمع فى تحديد أولويات الرعاية الصحية.
10-Planning health programs according to health needs		١٠- تخطيط البرامج الصحية بما يتناسب مع احتياجات المجتمع المحلى.
11-Follow-up of cases referred to the hospitals		١١- متابعة الحالات المحولة إلى المستشفيات.
12-Coordination with other agencies with regards to environmental health		١٢- التنسيق مع المؤسسات المعنية ومنها البلدية فيما يتعلق بصحة البيئة.
13-Procedures for storage and distribution of vaccines and pharmaceuticals		١٣- إجراءات حفظ وتداول اللقاحات والأدوية.
14-Procedures for reporting infections		١٤- إجراءات التبليغ عن الأمراض المعدية.
15-Survey of patients' evaluation of treatment provided		١٥- استقصاء آراء المرضى حول الرعاية المقدمة.
16-Role of the Friend of Health Committee in achieving community participation		١٦- دور لجنة أصدقاء الصحة فى تعزيز مشاركة المجتمع.

V. Outcome of primary healthcare services:

خامساً- مردود خدمات الرعاية الصحية الأولية:

Please use the scale below to assess the achievement of the following objectives:

استخدم المقياس التالى لتقييم مدى تمكن المركز من تحقيق الأهداف الواردة فى الجدول التالى:

7	6	5	4	3	2	1
غير متأكد	ممتاز	جيد جداً	جيد	مقبول	ضعيف	ضعيف جداً
Uncertain	Excellent	Very good	Good	Fair	Poor	Very Poor

Statements	درجة Score	العبارات
1-Improving the health status of the community		١- رفع المستوى الصحى للمجتمع.
2-Changing attitudes and practices in the community		٢- تغيير الاتجاهات والممارسات الخاطئة فى المجتمع.
3-Achieving community participation		٣- تحقيق مشاركة المجتمع.
4-Reduction of spread of infections		٤- الحد من انتشار الأمراض المعدية.
5-Improving health awareness		٥- رفع مستوى الوعى الصحى.
6-Improving community self reliance		٦- تنمية قدرة أفراد المجتمع على الاعتماد على النفس.
7-Promoting proper health behavior		٧- تعزيز الأنماط السلوكية الصحيحة.
8-Reduction of mortality ratios		٨- خفض معدل الوفيات.
9-Reduction of morbidity ratios		٩- خفض معدل الإصابة بالأمراض.

10-Reduction of disability ratios		١٠- خفض معدل الإعاقة.
11-Establishing a community health-demographic database		١١- إيجاد قاعدة للمعلومات السكانية والصحية للمجتمع.
12-Coordinationwithagenceiscncerned with health of the community		١٢- تحقيق التكامل والتنسيق بين المؤسسات ذات العلاقة بصحة المجتمع.
13-Early detection of diseas		١٣- الاكتشاف المبكر للأمراض.
14-Reduction of costs of care		١٤- تخفيض مجهودات وتكاليف العلاج.
15-Appropriate utilization of resources		١٥- الاستخدام الأمثل للموارد الصحية.
16-promoting community satisfaction with health care services		١٦- تعزيز رضاء المجتمع عن الخدمات الصحية.
17-Reduction of childhood morbidity and mortality		١٧- خفض معدل الأمراض والوفيات بين الأطفال منذ الولادة حتى مرحلة المراهقة.
18-Improving environmental health		١٨- تحسين صحة البيئة.
19-Improving the geriatric (eldery) health		١٩- تحسين المستوى الصحى للمسنين.
20-Improve maternal health status		٢٠- تحسين صحة المرأة قبل وأثناء الحمل وبعد الولادة.

VI. Personal Information: سادساً - المعلومات الشخصية:

English		Arabic
1- Gender		١- الجنس:
1- Male	☐	١- ذكر
2- Female	☐	٢- أنثى
2- Age	☐	٢- العمر:
3- Marital Status		٣- الحالة الاجتماعية:
1- Married	☐	١- متزوج
2- Single	☐	٢- أعزب
4- Monthly Salary	☐	٤- الراتب الشهرى:
5- Experience	☐	٥- عدد سنوات الخبرة:
6- Nationality		٦- الجنسية:
1- Saudi	☐	١- سعودى
2- Arabian (Non-Saudi)	☐	٢- عربى (غير سعودى)
3- Southeast Asia	☐	٣- (آسيوى: جنوب شرق)
4- African (Non Arab)	☐	٤- إفريقى (غير عربى)
5- Other (Specify)	☐	٥- أخرى (اذكرها)

7- Qualifications		٧- المؤهلات:
1- Doctorate	☐	١- دكتوراه
2- Master	☐	٢- ماجستير
3- Postgraduate Diploma	☐	٣- دبلوم دراسات عليا
4- Bachelor	☐	٤- بكالوريوس

8- Specialty		٨- التخصص:
1- General Medicine	☐	١- طبيب عام
2- Dental	☐	٢- طبيب أسنان
3- Pediatrics	☐	٣- طب الأطفال
4- Family/Community medicine	☐	٤- طب الأسرة والمجتمع
5- Obstetrics/gynecology	☐	٥- النساء والولادة
6- Other	☐	٦- أخرى

9- Training in Primary Health care		٩- التدريب فى مجال الرعاية الصحية الأولية:
1- Attended many training Programs	☐	١- التحقت بدورات تدريبية كثيرة
2- Attended few training Programs	☐	٢- التحقت بدورات تدريبية قليلة
3- Never Attended any training	☐	٣- لم ألتحق بأية دورات تدريبية



الباحثة فى سطور

د. حنان بنت عبدالرحيم الأحمدي.

المؤهل العلمي:

- الدكتوراة في إدارة الخدمات الصحية من جامعة بتسبرغ، الولايات المتحدة الأمريكية، عام ١٩٩٥م.

الوظيفة الحالية:

- أستاذ الإدارة الصحية المشارك بالفرع النسائى، معهد الإدارة العامة بالرياض.

الأنشطة العلمية:

- لها العديد من الأعمال العلمية المنشورة فى مجال الإدارة الصحية باللغتين العربية والإنجليزية، آخرها:
- الرضا الوظيفى والولاء التنظيمى للعاملين فى الرعاية الصحية الأولية فى المملكة العربية السعودية"، المجلة العربية للعلوم الإدارية، سبتمبر ٢٠٠٦م.
- "محددات جودة الرعاية الصحية الأولية: دراسة نوعية"، الإدارة العامة، أغسطس ٢٠٠٦م.
- "Quality of Primary Care in Saudi Arabia, A comprehensive Review", International Journal for Quality in Healthcare, May 2005, Co-author, Prof. Martin Roland.
- "The quest for excellence in Primary Care in Saudi Arabia: A leadership Challenge", paper presented at The International Forum for Social Sciences and Health, World Congress: "Health Challenges of the Third Millennium", Istanbul, Turkey, 21-26 August 2005.



تم التصميم والإخراج الفنى والطباعة فى
الإدارة العامة للطباعة والنشر بمعهد الإدارة العامة - ١٤٢٨هـ

هذا البحث:

تعد الرعاية الصحية الأولية أحد أهم ركائز النظام الصحى فى المملكة العربية السعودية، وهى تلعب دوراً مهماً فى تعزيز الصحة العامة، وتنمية الوعى الصحى، ورفع المستوى الصحى لجميع فئات المجتمع. ونظراً للاهتمام المتزايد بأداء هذا القطاع الحيوى، خاصة بعد أن انقضى أكثر من ربع قرن على نشأة وانطلاقة الرعاية الصحية الأولية فى المملكة، فإن الوقت قد حان لتشخيص واقع هذا القطاع والتعرف على فرص التحسين الممكنة فيه.

من هذا المنطلق يسعى البحث إلى تقييم خدمات الرعاية الصحية الأولية من منظور مقدمى الخدمة فى المراكز الصحية فى جميع مناطق المملكة العربية السعودية. ومن خلال مراجعة الأدبيات ذات العلاقة تم تحديد عدد من المؤشرات المناسبة لقياس جودة المدخلات والعمليات والمخرجات فى قطاع الرعاية الصحية الأولية بالاعتماد على مدخل "دونابيديان" لقياس جودة الرعاية الصحية. وقد شارك في البحث نحو (٣٧٧) طبيباً وطبيبة من الجنسيات المختلفة العاملة فى مراكز الرعاية الصحية الأولية فى خمس مناطق فى المملكة العربية السعودية.

توصل البحث إلى عدد من النتائج المهمة تم فى ضوئها صياغة العديد من التوصيات الداعية إلى تطوير خدمات الرعاية الصحية الأولية، من خلال تبنى البرامج والسياسات المناسبة، وتفعيل إستراتيجيات تنمية الكوادر البشرية، وتطوير أساليب الإدارة وتقويم الأداء.

ردمك: ٥-١٥٣-١٤-٩٩٦٠

تصميم وإخراج وطباعة الإدارة العامة للطباعة والنشر - معهد الإدارة العامة ١٤٢٨هـ